

UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO ÚNICO
CARENCIAS VINCULARES PRIMARIAS Y SU RELACIÓN CON UN CUADRO
DEPRESIVO EN UNA PACIENTE DE 24 AÑOS

YURIKA CÉSPEDES CASTAÑEDA

Psicología

Magíster en Psicología clínica

TUTOR

JORGE IVAN GALINDO MADERO

Psicólogo- Magíster en Psicología clínica

2021

Barranquilla - Colombia

**CARENCIAS VINCULARES PRIMARIAS Y SU RELACION CON UN CUADRO
DEPRESIVO EN UNA PACIENTE DE 24 AÑOS**

AUTORA

YURIKA CÉSPEDES CASTAÑEDA

Nota de la Autora:

Trabajo de grado de caso único presentado como requisito para el título de la Maestría en Psicología con profundización en clínica de la Universidad del Norte, bajo la tutoría del Dr. Jorge Galindo Madero.

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

2021

BARRANQUILLA - COLOMBIA

Dedicatoria

A Dios que ha sido mi roca, mi escudo y fortaleza.

A Camil que me inspira a darle el mejor ejemplo de esfuerzo y perseverancia.

A mi paciente “Anna”, por su compromiso que cimentó las bases de una mejor calidad de vida y me permitió fortalecer mi amor por la psicoterapia.

A todos los que me apoyaron, me ayudaron y me acompañaron en esta travesía.

Muchas gracias.

Resumen: En la práctica clínica basada en la terapia con orientación psicoanalítica se busca el tratamiento, el conocimiento y la profundización de problemáticas vivenciadas desde la infancia y que ha traído consecuencias a lo largo de la vida, producto de un patrón comportamental no exteriorizado por medio de la conciencia. La catarsis y el excavar en la vida buscando raíces y respuestas ayudan de forma clara el mantenimiento de una vida sana basada en la interiorización y la toma de decisiones que prioricen el yo para la restauración de los recursos propios del ser. Se encuentra que en la infancia se toman y se carga continuamente con mandatos, vivencias y temores inconscientes que rigen la vida de la paciente, haciéndola responsable de errores, repeticiones, crisis y traumas.

Palabras clave: Psicología, psicoanálisis, depresión, infancia, ansiedad.

Abstract: In clinical practice based on psychoanalytic-oriented therapy, treatment, knowledge and deepening of problems experienced since childhood and that have brought consequences throughout life are sought, as a result of a behavioral pattern not externalized through conscience. Catharsis and digging in life looking for roots and answers clearly help the maintenance of a healthy life based on internalization and decision-making that prioritize the self for the restoration of the own resources of the being.

It was found that in childhood they are continually taken up and loaded with unconscious mandates, experiences and fears that govern the life of the patient, making her responsible for mistakes, repetitions, crises and traumas.

Keywords: Psychology, psychoanalysis, depression, childhood, anxiety.

TABLA DE CONTENIDO

1. Información general del proyecto
2. Introducción
3. Justificación
4. Área problemática
5. Preguntas guías u objetivos
6. Historia clínica del paciente
7. Descripción detallada de las sesiones
8. Metodología
9. Marco conceptual de referencia
10. Resultados
11. Análisis del caso
12. Conclusiones y discusión
13. Bibliografía
14. Anexos

2. INTRODUCCIÓN

En el proceso de intervención, la comunicación y la escucha son la base para la reflexión y el entendimiento. Estas han sido utilizadas desde el inicio de la interacción humana para conocer e indagar sobre la realidad de los demás y llegar, de ser posible, a mirar la vida y los sucesos desde la percepción del otro.

El exponer un caso es la oportunidad para profundizar en la importancia que tiene el proceso terapéutico en la vida de las personas que se ven involucradas; desde el terapeuta hasta quien puede leer y hacerse preguntas al respecto. Es la ventana al constante aprendizaje que nos ofrece el oficio de la psicoterapia.

Se evidencia cómo se puede trabajar con todas las variables que afectan la vida de una persona que desde temprana edad ha experimentado la falta de figuras de soporte y apoyo, marcada por la carencia, el abuso.

El impacto de estos y sus consecuencias han sido clave para ver cómo influyen factores externos e internos en el desarrollo, las relaciones e incluso, las aspiraciones en una vida de adaptación y lucha; sin embargo, se puede destacar cómo incluso esto, ha sido base para potenciar las herramientas personales que permiten el crecimiento y la dedicación que exigen las labores de la cotidianidad, las metas personales y el deseo de ayuda a quienes se puedan ver afectados por las mismas vivencias que en algún momento se atravesaron y pulieron el carácter y la tenacidad.

El presente estudio de caso presenta la historia de una paciente de 24 años de edad quien es diagnóstica con un cuadro de depresión con síntomas de ansiedad, la revisión de la forma como se organizaron los vínculos primarios permite la comprensión psicoanalítica de su malestar psíquico,

de la forma como se ha presentado la elección de relaciones objétales y la consecuencia de estas en su dinámica tanto intrapsíquica como relacional.

El presente estudio de caso se realiza en base a la propuesta Freudiana en relación a como el conflicto intrapsíquico y relacional desde los primeros momentos del desarrollo Psicosexual puede devenir en una patología en la vida adulta, apoya este análisis las propuestas teóricas de los autores de las teorías de las relaciones de objeto y para realizar una mejor comprensión de los efectos de las carencias en la relación madre-hija y las elecciones objétales en la vida adulta, se retoma la propuesta de Jacques Lacan

A continuación, se presentarán los datos importantes investigados alrededor del tema de este caso, sus datos conceptuales, la estructura metodológica, los resultados y conclusiones desde el análisis clínico del mismo.

3. JUSTIFICACIÓN

La depresión se plantea como una de las problemáticas en salud mental que generan mayor impacto en la población mundial, en el contexto colombiano, la Organización Mundial de la Salud señala que el 4.7% de la población presenta este trastorno, convirtiéndose en una problemática que requiere atención desde las políticas de salud del país. Incluso el informe señala como este porcentaje es superior a la media estadística mundial.

Los estudios realizados en el país señalan que las mujeres, los adolescentes y los ancianos presentan mayor representación poblacional, desde las características poblacionales, se presenta 1.5 de mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Es un trastorno clínico que va en aumento en la estadística nacional, con mayor aumento que las coronarias y cardio vasculares que el país presentan una alta prevalencia.

El presente estudio describe y analiza el caso de una paciente femenina que presenta un cuadro de depresión y se vincula con la propuesta de los teóricos de las relaciones de objeto, esto representa una lectura posible a la depresión, actualizando la propuesta Psicoanalítica como una propuesta teórica y técnica que se actualiza frente a los problemas contemporáneos de una clínica que no renuncia a la existencia de lo inconsciente.

La propuesta investigativa se convierte también en un aporte al campo de la Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica en tanto señala esta como propuesta Psicoterapéutica que parte de principios creados en el siglo XX pero que se han modificado en el marco de los Sigmund Freud llamo el porvenir de la terapia analítica.

Desde el campo de la investigación nos presenta a la teoría Psicodinámica como una línea de trabajo en el campo de la Psicología Clínica desde sus propios Principios Epistemológicos y técnicos no deja de dar respuestas a las problemáticas del hombre contemporáneo.

Va a ser de mucha ayuda conocer de este tema en específico ya que aporta ante los conflictos personales de quienes luchan contra la depresión, la ansiedad, las problemáticas familiares marcadas por la palabra, el abandono y las problemáticas de pareja marcadas por la violencia verbal y la infidelidad.

Los resultados de esta investigación plasmados en este caso único tienen importancia por sus resultados que refuerzan el valor de la escucha, la comunicación y la empatía, cualidades propias de la psicoterapia.

Siguiendo este mismo hilo, esta investigación hace énfasis en lo valioso de las herramientas propias para hacer frente a las situaciones adversas de la vida, la necesidad de ayuda y la iniciativa para encontrar el camino de la cura. Se puede encontrar calma y claridad aún en medio de los conflictos que se enfrentan en el día a día con el deseo de alcanzar felicidad y paz en medio de la falta.

De esta forma se señala como la presenta investigación genera aportes al campo del estudio de la depresión, como un trastorno clínico de reviste actualidad, desde el campo teórico-técnico nos muestra como la teoría de las relaciones de objetivo sigue siendo un marco actual y actualizado para el estudio de las problemáticas en salud mental.

4. ÁREA PROBLEMÁTICA

Con el paso del tiempo y el avance de la globalización, la tecnología y los ritmos de vida, se han desarrollado enfermedades en potencia que amenazan el rendimiento y el desarrollo del ser humano en los diferentes espacios en los que ha logrado subsistir y desarrollarse.

Como consecuencia de este mundo moderno, se evidencia el crecimiento de la depresión como la principal enfermedad mental de la sociedad de hoy, según la Organización mundial de la salud (OMS) en el mundo hay más de 300 millones que sufren de esta, siendo un potenciador para enfermedades asociadas como la ansiedad que por su lado cuenta una cifra mundial de 264 personas que batallan en el día a día con sus síntomas y características clínicas propias.

En Colombia, según la OMS¹, se indica que la tasa de depresión es más alta que el promedio en el mundo, arrojando que el 4,7% de los colombianos sufren con este trastorno mental, situación que alarma y genera preocupación ante los entes reguladores de la salud en el país.

Hace más de 60 años, Kurt Schneider describió la depresión como un hundimiento vital y la comparó con la vivencia en vida de la misma muerte; en donde se sufre con el cuerpo y a la vez por el hecho de estar vivo ya que el deseo en sí es el de morir pues se considera ese el único escape o método para acabar con el sufrimiento que se experimenta. A partir de esto y en paralelo con las características conocidas tras años de avances en psicoterapia e investigaciones, hemos validado los síntomas, los cambios y las tendencias en los comportamientos de las personas que viven bajo este criterio creciente que se caracteriza por los sentimientos de culpa, tristeza y minusvalía cargada con características que incapacitan procesos como el sueño, la energía y el apetito.

¹ Informe de febrero de 2017 - Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281> (consultado septiembre/19)

Partiendo de lo alarmante de las cifras, el estado mental y la sintomatología propia de este cuadro, profundizar y conocer en la proyección de la depresión en el comportamiento de una persona en sus diferentes relaciones y actuaciones y conocer la evolución en condiciones de psicoterapia es de vital importancia.

Por ende, es importante indagar en la complejidad de cómo se presenta, cómo afecta y cómo puede determinar el día a día de una persona que experimenta estos síntomas y que, como consecuencia de estos, se halla en una posición de deseos y cambios.

Desde la propuesta Psicoanalítica Freudiana el concepto de depresión se relaciona con los cuadros de melancolía, esta entidad nosográfica hace parte de las neurosis narcisistas, en texto de Freud de 1912 titulado duelo y melancolía se expresa como el conflicto en este cuadro clínico se establece entre el Yo y una instancia juzgadora sobre el mismo (Superyo) lo que propicia un fuerte malestar Psíquico, en esta dinámica la pérdida de un objeto y su duelo patológico hace parte de la explicación del padecer, el tanto el yo no acepta la pérdida del objeto y la instancia juzgadora lo oprime por esta decisión.

En el avance los teóricos de las relaciones de objeto, la comprensión de la depresión se vincula con carencias en las relaciones tempranas, el tema de la pérdida y la ausencia se sostiene como también el conflicto entre el Yo y el Superyó, pero ahora se señala como la pérdida y el reproche por lo perdido hará repetición en la historia de relaciones objétales.

El presente estudio de caso se plantea desde la posibilidad de analizar la relación entre la manifestación clínica de la depresión y la forma construye la historia de relaciones de objeto en una paciente de 24 años

5. PREGUNTAS GUÍAS U OBJETIVOS

Daremos respuesta a una pregunta guía principal que es:

¿Cómo se puede analizar desde los principios de la teoría analítica la presencia de un trastorno depresivo con síntomas ansiosos desde la comprensión de la historia de relaciones objetables de una paciente de 24 años?

De esta pregunta se desprenden objetivos que también ayudan en la orientación del presente estudio de caso:

- *Analizar de qué forma se expresa el conflicto intrapsíquico y relacional en la paciente*
- *Explicar de qué forma se presenta la psicodinamia de la depresión en la paciente*
- *Analizar la relación entre la depresión y las características de la historia de relaciones de objeto en la paciente.*

6. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Identificación del paciente

Nombre: “Anna”

Edad: 24 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Profesional en finanzas y negocios internacionales

Procedencia: Cartagena - Colombia

Profesional que recibe: Yurika Céspedes Castañeda

Motivo de consulta

La paciente manifiesta que no puede seguir sobrellevando las situaciones que tiene que lidiar en su vida personal, específicamente, su situación sentimental con su ex pareja. Afirma que ha tratado de ser fuerte pero que no ha sido suficiente porque no puede con todo. Se reconoce la tristeza que se presenta como evidente, llanto, mirada caída y movimientos lentos y estereotipados.

Agrega que se siente de esta manera desde siempre pero fue diagnosticada con depresión mayor y ansiedad generalizada desde hace tres.

Descripción sintomática

Anna expone que se siente constantemente triste y decaída, con ideas negativas sobre su futuro y falta de esperanza frente a su porvenir en lo social, familiar, personal y amoroso. Manifiesta haber presentado ideas suicidas, celos frente a los comportamientos de su ex pareja, impulsividad y agresividad como respuesta ante las discusiones y confrontamientos.

El contenido de su pensamiento es normal, se ubica en tiempo, lugar y espacio, manifiesta comportamientos compulsivos e ideas obsesivas, preocupación constante, un apego a la religiosidad desde temprana edad, actitudes pasivas y memoria normal.

Manifiesta tener fobias a los perros, la oscuridad y las alturas, ideas agresivas solo cuando hay enojo, falta de apetito en medio de sentimientos de tristeza abundante, migrañas, cansancio, insomnio y baja autoestima.

La parte cognitiva se muestra normal. Se muestra con un vocabulario amplio, mucha expresividad, ahonda en sus relatos y evalúa constantemente sus comportamientos e ideas, respondiendo de forma positiva ante su estado, reconociendo sus falencias y aceptando su condición clínica.

Historia personal

“Anna” en su relato manifiesta que es la mayor de 4 hermanos. Se encuentra actualmente viviendo con su madre, una mujer a la que ella describe como poco afectiva, autoritaria y grosera y una hermana de 21 años que describe como consentida y distante.

Manifiesta que normalmente es una chica alegre, extrovertida, inteligente, insegura pero sabe socializar, se castiga constantemente por sus errores y cosas dichas. En el relato comenta haber estudiado en los mejores colegios y la mejor universidad y haber tenido la oportunidad de vivir de forma cómoda a lo largo de su vida pero, con problemas de autoestima, sueño y en la construcción y duración de relaciones sociales y románticas desde el desarrollo hasta el presente. Narra que está medicada pero que actualmente toma no se toma los medicamentos ya que intenta mantenerse estable mediante la oración y el acercamiento a Dios y a la virgen, la meditación, la escritura de poesía y cuentos aleatorios y el escuchar música de su agrado.

La relación con la madre se resume en fría y distante, desde una posición monetaria donde desde la adolescencia ha encontrado provisión, la relación con el padre se manifiesta como ambivalente, pero de confianza y muy amorosa, confirma haber sido estremecida de forma dolorosa y marcada permanentemente desde el divorcio.

Además, menciona que a la edad de 21 años fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor y ansiedad generalizada, cuestión que le determinó crisis y miedos al momento de conocer personas en sus espacios más cercanos.

Relata que sus relaciones amorosas siempre son traumáticas, dolorosas y terminan con ella deprimida y con sentimientos de culpa. Motivo por el que decide iniciar psicoterapia, pues su última relación fue abusiva, se describe a sí misma como destruida y con falta de energía.

Primera infancia

La historia de vida de “Anna” en los primeros años de edad se desarrolla mayormente en el hogar de sus abuelos paternos. Ella manifiesta que su madre desde siempre ha sido ausente a causa del trabajo y que su padre no estaba presente a causa de razones que desconoce pero que atribuye a sus labores profesionales.

Al momento de indagar sobre este espacio de vida, se conoce que fue una hija deseada en un matrimonio joven pero problemático por el desamor, las infidelidades y el descuido de su padre hacia su madre. En el momento de su nacimiento, recuerda por fotos y relatos de integrantes de la familia que siempre tuvo lo mejor, desde las atenciones, las vacunas y los vestidos.

Comenta recordar vívidamente la muerte de su abuela cuando contaba con 5 años de vida, situación que narra como muy fuerte para una niña tan pequeña aunque no recuerda como tal situa-

ciones cotidianas compartidas con ella, una señora pensionada que era la jefa de la casa pero que según el relato de su padre, se derritió por su primera nieta.

En el relato de los primeros años, aparece reiterativamente su abuelo, un hombre pensionado, que se describe como el hombre que más ha amado en la vida, cariñoso, demostrativo, que a pesar de la edad y la soledad por la muerte de su esposa, cocinaba para sus nietos, los acostaba y les tenía en su hogar juguetes y espacios de juego.

Se manifiestan los primeros como una vivencia repetitiva en la iglesia que le enseñaría a profundidad sobre la Biblia, las leyes de Dios y el amor a los santos, la trinidad y la virgen María. Años que también se describen como divertidos y sanos a pesar de no recordar la presencia constante de sus padres.

Infancia

En la medida del crecimiento durante la infancia de “Anna”, se menciona la transición a otro hogar distante de sus abuelos paternos y con esto, la experiencia de pleitos judiciales y reiterativas visitas a comisarías de familia, psicólogos y abogados, cuestión que en su relato se menciona como “traumático”, argumentando que el divorcio de sus padres afectó su vida a causa de disputas legales y afrentas físicas que se presentaron en días de celebración tales como su cumpleaños y navidad. Se le permitía ver a su padre pero bajo las condiciones de su madre, solo así, “Anna” conoció parques y lugares nuevos de la ciudad, momentos que describe como un poco de alegría en medio de todo lo que sucedía.

Narra que en esta etapa de tiempo, desarrolló miedo por la oscuridad, la necesidad de apartarse de todos para pensar y el nacimiento de tristeza al compararse con sus compañeros de salón y

notar que no tenía una familia como todos los demás al no contar con un padre en el hogar donde residía.

Siguiendo este hilo, se narra la prohibición de ver a su padre, el alejamiento de su abuelo y el miedo con el que creció a consecuencia de amenazas de su madre, la vista de la virgen y comentarios negativos sobre su padre y su familia paterna ante amistades, entidades religiosas y compañeros de trabajo.

Pubertad

En esta etapa, se conoce que las discusiones, las prohibiciones y la obligación en llevar una vida de cercanía, devoción y acogimiento a la iglesia católica se intensificó, haciendo que “Anna” se cuestionara y le cuestionará a Dios y a la virgen sobre el por qué de su situación familiar, su rompimiento y la ausencia de su padre los momentos importantes.

Fallece su abuelo, quien es considerado como una persona de estima y suma importancia para su vida, dando un nuevo golpe de abandono y soledad acumulada a la ya falta presente a consecuencia de la separación con su padre, provocada por su madre a quien luego culparía por esas dos pérdidas a causa de su enojo y resentimiento, que narra, ella terminó pagando.

Paralelo a esto, se da su desarrollo con la primera menarca a la edad de 11 años, situación que se comenta como impactante, ya que produjo cambios físicos notables y que despertó por primera vez el interés entre los niños de su edad que la veían y buscaban su mirada e interés.

En la parte escolar, comenta que fue su mejor momento académico al ser una buena estudiante, reconocida por estar en el cuadro de honor y tener buenas calificaciones; situación que chocaba con la sobreprotección de su madre que ocasionaba las primeras disputas, castigos y diferencias en casa.

Adolescencia

En este momento de vida, “Anna” comenta ya haber tenido sus primeras ilusiones amorosas que se observan en retrospectiva y se les da el valor de situaciones que pasan en el crecimiento.

Se mencionan acercamientos intermitentes con su padre, sus quince años como una celebración en grande y por lo alto, la madre cada vez más ausente que suplía su falta de afecto y tiempo con regalos costosos, dinero y viajes, un desempeño regular en el colegio, su confirmación en su fe y compromiso con la iglesia católica que implicó su asistencia masiva y disciplinada a la misma, conjunto con su rol de líder activa dentro de su comunidad mariana.

Narra que tuvo “situaciones sentimentales” con diferentes jóvenes, pero nada fuera de lo normal dentro de ese momento de su vida hasta llegar a sus 17 años, donde tuvo su primera experiencia como la novia oficial de alguien con la aprobación de su madre ya que era un joven que hacia parte de su comunidad religiosa.

En este momento, menciona que pierde su virginidad, cuestión que fue repudiada por su madre, quien con vergüenza y rabia, la expuso bajo preceptos de promiscuidad y libertina ante líderes religiosos, sacerdotes, empleados y sus hermanos y que puso una brecha entre ambas que reafirmaba las diferencias y faltas ya existentes.

Adultez

“Anna” comenta que su primera relación termina al año de estar juntos, a causa de la decisión de su entonces novio sin razón aparente, cuestión que nunca entendió porque hasta el presente hay comunicación y deseos de parte de él de permanecer en su vida, propuesta que ella manifiesta que rechaza reiterativamente.

A consecuencia de su primera relación fallida y el dolor producido por ella, empieza el momento de su exploración sexual con otros hombres, la liberación de la religión para vivir bajo su criterio, que comenta, nunca fue del todo vivida a causa del conocimiento de Dios y la virgen.

Empieza la exploración de las discotecas, la libertad, el salir sola y el poder estar cerca de personas del sexo opuesto para tener romances informales, cuestión que describe como “emocionante” aunque relata que terminaba repetitivamente en una posición de desilusión y tristeza.

Posterior a esto, tiene su segunda relación oficial, un joven que ella describe como menor, consentido y de buena familia, relación que duró aproximadamente 6 meses a consecuencia de los comportamientos infantiles e irrespetuosos del joven que provocaron en ella baja autoestima, celos y sentimientos de inferioridad y tristeza.

“Anna” menciona pasar por momentos difíciles a consecuencia de esa ruptura y tomarse un tiempo para sanar para posteriormente volver a salir con otros jóvenes y seguir experimentando su sexualidad. Posterior a eso, menciona muchas desilusiones, culpa, tristeza y la constante duda al desconocer que hace mal en sus relaciones.

Narra una última pareja oficial con el que fluctúa entre rupturas y nuevos comienzos, relación que tiene una duración aproximada de 2 años. Menciona que esta relación fue tóxica a causa de maltratos verbales y psicológicos, infidelidad y manipulación por parte de su entonces pareja.

Cuestión que menciona, le provocó fuertes crisis, auto medicación, comportamientos impulsivos, desbordados y cuestionamientos constantes sobre su valía y su persona por los esfuerzos que menciona, tenía que hacer para conservar la relación y no repetir el mismo fin de las anteriores, cuestión que hizo que perdonara reiterativamente faltas y ofensas y se culpara reiterativamente para solucionar los conflictos.

Comenta que a pesar de los cumplidos, su físico y de sus logros profesionales y académicos, su relación con su madre se mantuvo como lejana y falta de afecto a pesar de su negación; la relación con su padre se intensificó al convertirse este en alguien cercano; y su relación consigo misma se ha descrito como un tránsito entre las ideas suicidas, sus crisis de ansiedad y depresión, la relación intermitente con su fe y la percepción de soledad y falta a causa de una familia que se percibió desde el principio como rota.

Historia familiar

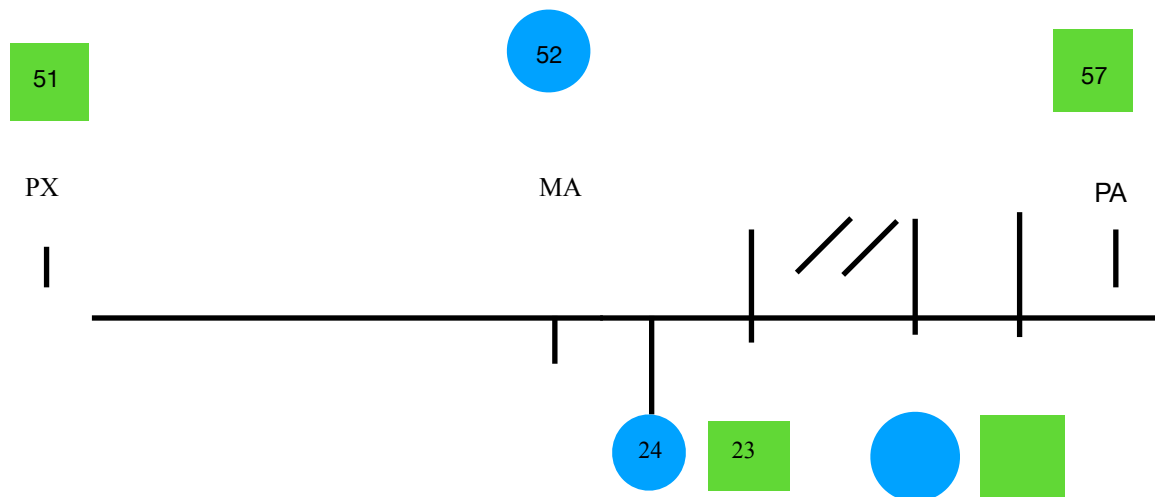
En la vida de “Anna” (AN), hay 2 hermanos y 1 hermana, quien le sigue tiene 23 (HD) y se encuentra viviendo en otra ciudad, la tercera (HT) con 21 que vive con ella y el cuarto (HC) que tiene 19 años y se encuentra de intercambio. Manifiesta que las relaciones con sus hermanos es buena, pero no hay conversaciones profundas, sino vanas sobre videos virales en redes sociales o imágenes chistosas; aunque se reconoce que en aspectos generales, entre los 4 comparten características de gustos y afinidades similares.

Su madre (MA) con 52 años de edad se encuentra casada con un hombre de 51 (PX) años con quien Anna tiene una relación distante desde el principio del matrimonio ya que manifiesta nunca haberlo visto como una figura de autoridad y reconocer que su madre le comenta cosas negativas sobre ella y su comportamiento, aumentando su recelo y mala relación.

Su padre (PA) relación que ella manifiesta como ambivalente, que con 57 años ha salido y entrado de su vida por diferencias o interferencias de la madre pero que actualmente, es su amigo, compañero y su ayuda durante las crisis depresivas, situaciones problemáticas en relación a sus relaciones amorosas y cuestiones retadoras del día a día y la adultez.

Genograma

Representación de la organización de la familia de “Anna”.



Proceso de evaluación

La intención del trabajo terapéutico con la paciente es acompañarla en su propio proceso para lograr reconocer asuntos personales, entender el origen de conflictos y dar cuenta de patrones, comportamientos inconscientes y mecanismos de defensa que ha estado implementando en su vida con el propósito de salir ilesa ante un medio que demanda estar a la altura de las diferentes exigencias que la vida propone.

Con esto, es necesario comunicar, estructurar la transferencia y dar paso a la asociación libre para poder hacer un recorrido personal detallado de sucesos, momentos críticos y desenlaces para llegar a conocer los precedentes que anteceden las conductas actuales que de alguna manera han delimitado y regido el estado de ánimo, las decisiones y la forma de relacionarse en los diferentes espacios

En el proceso de evaluación y recopilación de la información obtenida, la paciente responde de forma adecuada en las entrevistas, teniendo en cuenta los datos relevantes para ella dentro de sus propias experiencias a lo largo de su vida. Con el transcurso de las sesiones, da cuenta de la afectación vivida a consecuencia del divorcio de sus padres, situación que le permite ver sus comportamientos, personalidad, relaciones y actuaciones a través de su historia familiar.

A nivel de su vida personal, “Anna” trabaja y constantemente se encuentra estudiando realizando cursos o diplomados para enriquecer su hoja de vida. Manifiesta que se exige demasiado y siempre quiere resaltar aunque esto le cueste.

A modo general, los conflictos que se pueden estar presentando en la vida de la paciente se pueden ubicar en el contexto familiar y afectando igualmente el contexto de las relaciones de pareja. Cuestión que le genera ansiedad, episodios de tristeza, decaimiento, culpa y frustración, puesto que la relación con la madre es distante y las relaciones con sus parejas sentimentales se describen como inestables, inmaduras y con poca visión de futuro.

Conceptualización diagnóstica

Teniendo en cuenta su historia de vida personal y el recorrido de lo conocido en lo familiar, social y amoroso, se puede mencionar lo siguiente:

La paciente cuenta con los recursos para sobrellevar situaciones conflictivas y de estrés mediante actividades tales como la oración, retiros marianos, la escritura y la meditación. Cabe resaltar que además, cuenta con capacidad de autocrítica y análisis; en el ámbito familiar, narra inestabilidad en los vínculos y cercanía momentánea.

En lo social, reconoce que ha cortado vínculos y amistades que no le aportaban significativamente y que prefiere apoyarse en Dios y rodearse de personas que genuinamente la aprecien y en el contexto amoroso, reconoce que ha fallado en el momento de elegir a sus parejas y de lo que deposita en ellas, ya que ve su falta de autoestima como un vacío que la ha hecho aceptar comportamientos y dejarse acompañar de personas que han manejado los mismos rasgos que manifiesta, le han hecho daño.

Se evidencia en “Anna” mucho estrés, tristeza y cansancio en sus relatos y se le dificulta hablar a futuro de lo que quiere hacer con su vida.

Deja ver las características propias del trastorno depresivo mayor y la ansiedad generalizada que ella narra mediante ítems como: frustración, falta de apetito, irritabilidad, pensamientos castigadores constantes, tensión, insomnio, preocupación la mayor parte del tiempo, pérdida de interés, ideas suicidas, etc.

Independientemente de las características narradas y encontradas en la paciente, deja ver determinación en las decisiones reconocidas como acertadas para mejorar, recursividad para crear y buscar alternativas con el propósito de ayudarse en momentos de crisis, deseo de cura para trabajar en sí misma y motivación para mantenerse encausada al tratamiento psicológico.

A nivel general y teniendo en cuenta la evaluación de ejes multiaxial según el DSM.IV, se ubicaría así:

Eje I: Trastornos clínicos	
Código del Dx:	Nombre de DSM V:
F34.8	Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo - trastorno depresivo mayor.
F41.1	Trastorno de ansiedad - trastorno de ansiedad generalizada.
Eje II: Trastornos de la personalidad	
Código del Dx:	Nombre de DSM-V:
F60.81	Trastornos de la personalidad: Grupo B - trastorno de la personalidad narcisista.
F60.5	Trastorno de la personalidad obsesivo - compulsiva
Eje III: Enfermedades médicas (código CIE 10)	
Código del Dx:	Nombre CIE-10
G43.1	Migraña clásica.
Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales	
Problemas de pareja	
Problemas familiares	
Eje V: Escala de la actividad global	
EEAG	70

Tabla 1 - Diagnóstico integrativo de la categorización diagnóstica

7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES

Sesión No: 1

Terapeuta: ¿Quisieras contarme cuál es el motivo de consulta que te hizo venir hoy a atención psicológica?

Paciente: Yo la verdad siento que ya no puedo más, he tratado por mucho tiempo de ser fuerte pero no puedo con todo

Terapeuta: ¿Desde hace cuánto tiempo te estás sintiendo de esa manera?

Paciente: Más o menos desde hace casi 3 años, aunque dejé la relación que tenía desde antes pero aún estoy tratando de superar todo lo que pasó...

Terapeuta: Cuéntame sobre esa relación

Paciente: Fue una relación de muchos altibajos, maltrato de todo tipo aunque nunca llegó a lo físico, al menos no de su parte... Yo me la pasaba llorando, deprimida, ansiosa y con muchos pensamientos feos en la cabeza, sobre todo por su infidelidad, desde ese momento siento que nunca va a ser posible confiar en un hombre de nuevo.

Terapeuta: ¿De qué manera consideras que esto te ha afectado?

Paciente: Pues, yo estoy diagnosticada con trastorno depresivo mayor y ansiedad generalizada desde hace algunos años y cada vez que por cualquier razón he estado mal con él, me tomo las pastillas o tomo píldoras para dormir para huir de las situaciones, dejo de comer, no rindo en el trabajo, paso llorando y los celos y el miedo me llevan a pensar una cantidad de cosas que no sé cómo manejar.

Terapeuta: ¿Este tipo de situaciones que me describes te habían sucedido antes?

Paciente: Mmmm, sí, siempre me siento así cuando termino una relación que ha tenido importancia para mí y es que me lleno de mucho dolor y a la vez de mucha rabia.

Terapeuta: ¿Alguna vez esa rabia se ha exteriorizado hacia ti misma?

Paciente: Nunca me he golpeado pero sé que me hago daño al tomarme las pastillas a mi antojo y sin control médico, al no consumir alimentos por horas. Es como que al no poder solucionar nada afuera hago cosas conmigo.

Terapeuta: ¿Se han manifestado alguna vez como autolesión física?

Paciente: No, no, nunca he llegado a ese punto, pero sí he tenido pensamientos negativos pero mi fe no me lo permite.

Terapeuta: ¿Qué clase de pensamientos negativos han pasado por tu cabeza?

Paciente: Como de tomarme todas las pastillas de una vez o tomar algún veneno

Terapeuta: ¿Se han quedado solo en pensamientos?

Paciente: No... una vez lo intenté pero no pude.

Terapeuta: Conjunto al motivo de consulta, hay cuestiones mencionadas que ameritan ser tratadas en consulta, aquí lo que quieres decir es importante. Hay que seguir indagando en tu vida y en tus relaciones. Esto amerita que puedas comentar cualquier cosa que quieras mencionar porque entre las dos vamos a ir viendo cosas que es necesario identificar y resolver. Entonces, estoy aquí para acompañarte y escucharte.

Paciente: Muchas gracias, dra. Yo la verdad sé que tengo muchas cosas que quiero mejorar y sé que todos esos problemas vienen por mi, mis malas decisiones son mi responsabilidad y me quiero hacer cargo de eso de una vez.

Terapeuta: Lo que necesitas inicialmente es determinación y compromiso para con tu proceso que va a iniciar.

Paciente: Me costó mucho encontrarlos pero es como que ya quiero salir de eso y superar, no quiero vivir toda vida enamorada de una persona que me hizo tanto daño y que me engañó de tantas formas, es feo porque siento que eso me ha robado mi paz y el hecho de dejarme manipular, insultar y degradar me duelen aun hoy, llegué a unas situaciones en donde perdí tiempo, amor y felicidad por dejarme mover al antojo de esta persona y ya no me quiero mirar más con lástima y desprecio, quiero perdonar aunque no me hayan pedido perdón pero sobretodo me quiero perdonar a mí para poder construir mi vida, mía y no de nadie más.

Terapeuta: Puedo ver mucho dolor en tus palabras, pero también ganas de resolverlo lo pasado. Cuéntame sobre tu familia.

Paciente: Soy la mayor de 4 hijos. Mis padres son separados y vivo con mi madre y mi hermana. Mi hermano, el segundo vive en otra ciudad y la menor se encuentra momentáneamente de intercambio. Emmm, no me llevo bien con mi mamá, pero tengo buena relación con mi papá.

Terapeuta: ¿Cómo es tu relación con tus hermanos?

Paciente: Tenemos buena relación, cada uno está en lo suyo así que tenemos un grupo por whataspp donde hablamos, nos mantenemos actualizados y nos mandamos videos o imágenes chistosas todo el tiempo, para estar distanciados, creo que tenemos una muy buena relación.

Terapeuta: Hemos ido conociendo un poco sobre ti, tus relaciones y tu familia, ¿te parece si me cuentas más sobre ti?

Paciente: Como le dije antes tengo 24 años, soy profesional en finanzas y negocios, trabajo en una empresa como asesora, actualmente estoy soltera a raíz de todo lo que le conté que me tocó vivir... emm, no tengo hijos, quiero tenerlos pero muuuucho tiempo más adelante y creo que eso es lo más importante.

Terapeuta: Vamos a trabajar para ir encaminando los sucesos que me has comentado y el concepto que me has mencionado de ti se encuadren en el plan de vida que deseas construir.

Paciente: Ya es el momento, me tocó ser madura y tomar mis decisiones.

Terapeuta: Y este es tu espacio para que encuentres a esa mujer y llegues a lo que es mejor para ti.

Paciente: Que encuentre a la mujer que solté para complacer a otras personas que al final hoy ya no están.

Terapeuta: Pero estas tú y tu deber es contigo misma. Más adelante, exploraremos estos temas mencionados. Por hoy, hemos culminado pero nos vemos en una próxima sesión.

Paciente: Muchas gracias, dra. Nos vemos en la próxima cita sin falta.

Terapeuta: Aquí te espero, que tengas buen día. Puedes agendar en recepción con la secretaria.

Paciente: ¿Podemos quedar en este mismo horario y día?

Terapeuta: Claro que sí, le avisas a ella. Que tengas buen resto de día.

Paciente: Bueno, muchas gracias

Sesión No. 2

Paciente: Siento que ya no puedo más, he tratado de ser fuerte pero no puedo con todo

Terapeuta: ¿A qué te refieres con “no poder con todo”?

Paciente: A todas las cosas que me suceden, mas que todo con mi ex novio. Ya siento que no puedo con todo.

Terapeuta: ¿Qué te hace pensar que tienes que poder con todo?

Paciente: Es que es como que siempre de alguna forma lo he hecho y ya estoy demasiado cargada, necesito sacarlo de una vez o voy a explotar.

Terapeuta: Este es tu espacio, cuéntame.

Paciente: Él está constantemente está viendo las cosas malas que hay en mí, soy un montón de defectos para él. Según me ama y quiere estar conmigo y a veces lo siento así, pero en otras solo me acusa de una y otra cosa. Siento que todo en mí está mal; una parte de mí quiere dejarlo y ser feliz de verdad, pero otra parte de mí realmente lo ama, lo conoce y quiere el resto de su vida a su lado.

Terapeuta: ¿Desde cuándo te sientes así con esta especie de dualidad dentro de ti?

Paciente: Desde que me fue infiel y siento que no he podido seguir mi vida bien después de eso (llora)

Terapeuta: Veo que duele, lo que me estás diciendo realmente hizo eco en ti. Pero, estas aquí para encontrar respuestas sobre ti en tu historia para poder resolver esas dudas que en estos momentos tienes.

Paciente: Así es, necesito ayuda porque no sé qué hacer. Quiero estar con él pero es que ha pasado tanto.

Terapeuta: Dejemos el tanto para ir poco a poco desenredando e iniciemos por esto que me cuentas, el caso de la infidelidad.

Paciente: Sí, él me fue infiel y aunque seguí con él, siento que nunca lo he superado y nunca lo he perdonado. Yo fui diagnosticada con depresión, pero dejé los medicamentos y mis citas con el psiquiatra hasta ese momento, pero me sentía tan mal. Dra, yo parecía un zombie, no comía, no dormía, solo podía llorar y pedirle a Dios fuerzas porque yo sentía que ya no podía.

Terapeuta: ¿Qué te movilizó a ir al médico en esa ocasión?

Paciente: Pues, volví al psiquiatra porque no dejaba de llorar y estaba muy desmotivada. En ese momento fue porque mi ex novio y yo terminamos, pero él nunca terminó, solo se fue del país y ya.

Terapeuta: Entonces, hay algo en tus relaciones que se repite, pero retomemos eso luego. Y bien, ¿cómo fue que decidiste retomar la relación y volver con tu ahora ex pareja?

Paciente: La verdad es que no me lo esperaba para nada, era lo que yo quería, pero no lo veía venir.

Pasó que una noche, él se me acercó y me dijo que volviéramos y así fue, hemos tenido buenos y malos momentos, terminamos y volvemos, pero bueno, yo realmente siento que sí me ama pero a su manera.

Terapeuta: Ya conoces su manera, ¿cómo es tu manera?

Paciente: Una menos egoísta y manipuladora, detesto eso de él, yo quería una relación sana y con todo y mis inconvenientes personales siento que puedo darla y experimentarla con alguien que quiera lo mismo.

Terapeuta: Entonces, ¿qué te une o ata a él?

Paciente: Lo amo de verdad.

Terapeuta: ¿Y él te ama a ti?

Paciente: A veces siento que sí aunque no sé, yo no me considero una prioridad para él en su vida.

Terapeuta: ¿Y él que es para ti?

Paciente: Alguien muy importante, él es el hombre con el que quiero estar de verdad, vivir mi vida, establecerme, tener una familia. Con él quiero todo lo que implica estar con alguien en pareja, mirar a largo plazo y ser dos.

Terapeuta: Bueno, en estos momentos estresantes que estas atravesando a causa de los comportamientos que me has contado están desembocando en estas crisis.

Paciente: Todo lo que hace me afecta, por eso me pongo así y no es la primera vez, por eso quiero ayuda, la semana pasada no pude más y por segunda vez lo golpeé y esta vez fue tan fuerte que mis dedos quedaron morados.

Terapeuta: Dices que fue la segunda vez, ¿cuándo fue la primera?

Paciente: Cuando lo confronté a causa de su infidelidad.

Terapeuta: ¿En qué otras ocasiones de tu vida esta parte de ti se ha manifestado?

Paciente: Solo con él, pero esta vez me sentí peor, sentí vergüenza.

Terapeuta: ¿Que pasó después de que esto sucedió?

Paciente: Yo solo lloré y lloré. Me puse muy ansiosa y salí a buscarlo a su casa pero no lo encontré pero le escribí que me perdonara.

Terapeuta: ¿Por qué le pediste perdón exactamente?

Paciente: Estábamos hablando y me dijo que él sabía que yo hablaba con hombres y me dijo que nos mostraremos las conversaciones de WhatsApp, yo le mostré el mío pero él no me quiso mostrar el suyo, aunque me dice que no habla con nadie. Eso me volvió loca porque sentí que que jugó conmigo y con mi mente y es que desde que le vi la conversación con la muchacha con la que me fue infiel, soy muy obsesiva con eso.

Terapeuta: ¿Crees que lo que generes a su lado pueda ser sano? Teniendo en cuenta este tipo de situaciones no resueltas con la persona que has elegido como compañero de vida.

Paciente: No y quiero dejarlo o sanar las cosas para que sigamos juntos.

Terapeuta: Vas a descubrir en el camino que es lo mejor para ti y serás tú quien te darás a ti misma esas respuestas.

Paciente: Gracias, dra. Ahora mismo él no está, me habla todos los días y me dice que no puede ser cariñoso porque quiere que yo mejore y cambie pero siento que quiere estar conmigo.

Terapeuta: Este momento donde él no está físicamente puedes tomar este tiempo para construir cosas aparte de tu relación con él, tomar un respiro y construirte a ti misma.

Paciente: Me voy a enfocar en eso. Gracias.

Sesión No. 3

Paciente: Me estoy aferrando a él con todas mis fuerzas

Terapeuta: ¿Sostener con tanta fuerza no lastima más?

Paciente: Demasiado, me está matando.

Terapeuta: Entonces, tal vez es tiempo de empezar a vivir

Paciente: Creo que eso me ha hecho falta, pienso tanto en él que paso la mayor parte del tiempo deprimida y no sé ni siquiera que espero porque ha hecho parte de mi día a día por mucho tiempo pero sé que en este punto y con todo lo que ha pasado, ya no quiero volver.

Terapeuta: Algunas veces se extraña más la rutina que a la persona, ¿no crees?

Paciente: Yo la verdad me he negado a pensarlo pero creo que es así. Igual, aparentemente tengo la oportunidad de algo mejor con un muchacho que me pretende, es panameño.

Terapeuta: Concéntrate en lo no aparentemente mejor sino en lo que es sano para ti.

Paciente: Entonces... creo que en este momento estoy sensible, realmente sé que estar con alguien ahora no es lo mas sano para mí. Yo lo sé y lo siento, necesitaba alguna forma de llegar a eso y sé que no podía por mí misma.

Terapeuta: Llegaste a esa determinación por ti misma, ha sido tu conclusión y tú te diste la respuesta que buscabas.

Paciente: Esa es otra manera de quitarme crédito, pero me alegra poder hacer lo que siento que sí es lo correcto. ¿Sabe qué? Le tengo que contar algo... desde que me alejé de mi ex, me he enterado de varias cosas y tal vez por eso como que me he querido dar un chance con alguien, es que sé que está saliendo con la muchacha con la que solía hablar y eso junto a mis responsabilidades de trabajo y estudio me hicieron mucho, pero y como que me deprimí. Lo peor es que todos mis compañeros de trabajo se dieron cuenta porque cuando me pongo así no digo ni una palabra, no me río, ni nada; realmente me guardo todo este dolor.

Hace unos días, una compañera de trabajo en la empresa que trabaja en la misma área que yo, me dijo sin saber nada de mis problemas emocionales que yo parecía bipolar porque dos días después, estaba al máximo como siempre, lo que no sabe nadie allá es que estoy diagnosticada con depresión y tomo varios antidepresivos.

Terapeuta: Me llama la atención que en lo que me cuentas, pareciera que tal vez una parte de ti buscara ayuda desesperadamente pero en vez de callar, deberías ponerle palabras a ese dolor.

Paciente: Yo solo...no me quiero sentir así... me quiero olvidar de todo lo que me ha hecho daño pero siento que es como si no pudiera hacerlo del todo, como si no pudiera sacar desde la raíz y deshacerme de eso.

Terapeuta: Aferrarte de una u otra manera a lo que ya conoces puede resultar cómodo pero doloroso, enfócate en la diferencia entre poder y querer.

Paciente: Viéndolo así, puedo olvidarme de él, en este caso, pero no quiero porque él me distraía de los vacíos que llevo por dentro.

Terapeuta: Distraerse puede que sea bueno por un tiempo, pero no hace que las cosas desaparezcan, es necesario abordarlas para que puedas trabajar en esos vacíos viéndolos, reconociéndolos y resolviéndolos.

Paciente: Sí eso es lo que tengo que hacer, estoy dispuesta a resolverlo porque lo entiendo y sé que no hice nada “distrayéndome” porque me sentía más vacía cuando peleábamos y me trataba mal.

Terapeuta: Pasa que nada externo que se pueda ir de tu vida puede llenarte más que tú misma. Tal vez es importante ver que no es necesario buscar afuera lo que ya está dentro de ti.

Paciente: A veces creo que todo está en mí y en otras pienso que yo no soy tan fuerte

Terapeuta: Cuéntame como has vivido este tiempo sin él.

Paciente: Creo que ha sido por la obra de Dios y la virgen en mí.

Terapeuta: Entonces, de alguna manera sí has sido fuerte porque hoy estas aquí.

Paciente: Es cierto, no sé porque me trato tan mal (se ríe)

Terapeuta: Creer en ti y en lo que has hecho, mal o bien es la clave para empezar a tratarte diferente. Que te hayas acostumbrado a eso tal vez no te ha resultado pero te ha llevado a manifestar estas emociones que hoy estás sacando.

Paciente: Y así atraeré el amor sano, ¿no es cierto?

Terapeuta: Atraerás el sentirte bien contigo, eso como lo primordial.

Paciente: Voy a tener eso en mente, me quiero proponer que de ahora en adelante, me voy a amar a mí misma por encima de todo, al punto de sentirme mejor, no sé, al punto de dejar los pensamientos negativos que a veces dejo que se queden en mi mente y me hagan sentir de tantas formas que es difícil siquiera salir de esas sensaciones.

Terapeuta: ¿Cuál es el contenido de estos pensamientos y sensaciones que me refieres?

Paciente: Que siempre me dejan.

Terapeuta: Cuéntame como asocias eso con tu historia de vida.

Paciente: Creo que todo empezó con mi padre, creo que nunca superé cuando se separó de mi madre y ahora es como que me aferro con fuerza para que los hombres no me dejen.

Terapeuta: ¿Ha funcionado lo que has hecho al respecto en tus relaciones?

Paciente: Para nada, siempre me pasa lo mismo, me aferro y se van.

Terapeuta: Tal vez aferrarse con tanta fuerza entonces no ha funcionado del todo.

Paciente: Creo que lo que tengo que hacer es no aferrarme como si fueran mis padres, si es verdad que no me ha funcionado y yo es como si por inercia hiciera lo mismo una y otra vez, todo siempre como que estuvo en simplemente elegir mejor a mi pareja, no quiero que duela más.

Terapeuta: ¿Aferrarse que implicaría para ti?

Paciente: Que duela demasiado cuando tenga que soltar. Tengo que soltar a mi papá y entender que era una nena cuando su matrimonio acabó, ¿qué hubiese podido hacer yo para cambiar lo que pasó? Creo que es la primera vez que digo esto en voz alta y me pongo a pensar en dónde nacieron mis vacíos y miedos.

Terapeuta: Soltar aquello que te hace sentir atada te ayudará a construir nuevos caminos y sanos inicios.

Paciente: Creo que tengo que hablar de esto con mi padre porque dra, aún me siento como esa niña que vio irse a su padre.

Terapeuta: ¿La diferencia cuán sería entre ese antes y el ahora?

Paciente: Que hoy soy consciente de muchas cosas y siento que entiendo más las cosas, es como que me puedo liberar de cosas que cargaba que no me tocaban a mí, tal vez por la edad, tal vez por no entender, pueden ser tantas cosas pero quiero escoger otras cosas, estoy cansada de equivocarme y caerme con la misma piedra en el mismo camino.

Terapeuta: Es tu camino y son tus decisiones.

Sesión No. 4

Paciente: Hace mucho quería venir pero me alegra que sea justo hasta ahora. La verdad es que me he sentido muy bien pero en estos momentos como que estoy muy deprimida.

Terapeuta: Este es tu espacio para hablar y sacar eso que te molesta o duele.

Paciente: ¿Se acuerda de mi ex? Me ha mandado muchas indirectas con nuestros amigos en común, yo les pregunto y ajá, ellos me dicen, también en las redes e incluso, me mira como solía hacerlo cuando estamos con el mismo grupo de amigos.

Terapeuta: ¿Buscas saber algo con exactitud cuando revisas las redes, lo ves o preguntas por él?

Paciente: (Baja la cabeza)

Tal vez solo busco saber que aún piensa en mí y que le ha costado tanto como a mí me ha costado.

Terapeuta: ¿Entre lo que ves, escuchas y sientes cuál es el resultado?

Paciente: Sentirme mal, muy mal.

Terapeuta: Veo que en tus actos hay una tendencia a aproximarte de más a lo que sabes que te puede lastimar.

Paciente: Yo he estado super bien, vivo mi vida, no me siento aferrada pero eso como que lo hago y cuando lo hago, me hace sentir mal pero no sé como decirlo, no es permanentemente ni en todas las áreas de mi vida pero sí, yo me saboteo como en el deseo de intentar saber algo bueno o algo que sea diferente al menos una vez. A veces creo que es algo que tengo controlado.

Terapeuta: ¿Qué es eso que crees que tienes controlado?

Paciente: (Llora)

Al proceso de superación de esa relación y en parte a él. Aún me cuesta asimilarlo al 100%, siento que puedo más que antes pero aún no con todo.

Terapeuta: ¿Crees que debes poder con todo?

Paciente: Yo he entendido en el camino que no pero me he demostrado tantas cosas y es como que me exijo siempre el máximo porque sé de lo que soy capaz y lo que puedo dar.

Terapeuta: Has podido pero hasta en eso existe el paso a paso. Nadie corre sin antes saber caminar y tú vas dando tus pasos.

Paciente: Por eso me he dado la oportunidad de disfrutar más mi vida. Ahora hago más cosas y me siento bien cuando salgo a correr o cocino, son actividades que disfruto y siento que me han ayudado mucho; también me he dado la oportunidad de seguir hablando con la persona que antes le mencioné, él no vive aquí, es de Panamá pero me hace sentir muy bien, siento mariposas y todo eso, tenemos como una especie de relación a distancia.

Tiene 27 años, trabaja, compartimos aficiones, es discípulo mariano como yo y aparte es virgen.

Terapeuta: ¿Has pensado en qué buscas o deseas encontrar en él?

Paciente: Pues, tener una pareja, sería chevere en algún momento encontrarnos y poder formalizar si las cosas se dan como se supone que ambos lo esperamos, yo por mi parte lo estoy considerando...

Terapeuta: ¿Qué tienes en consideración?

Paciente: La verdad yo lo digo pero ni sé, recuerdo que tengo que ir paso a paso y eso estoy haciendo, él parece que vale la pena, no sé.

Terapeuta: Puedo percibir que hay confusión en ti. ¿Qué te hizo entrar en esta relación?

Paciente: Creo que el trato, que busca lo mismo que yo que es casarse, tener hijos, una familia.

Terapeuta: ¿A qué se parece eso que tú deseas con tu historia?

Paciente: Siento que deseo eso porque en su momento fue algo que yo no tuve en casa, (llora) Quiero tener una familia como la que no tuve yo, sé que seré una buena madre y una buena esposa.

Terapeuta: Es tu deseo pero es necesario que revises tus motivaciones y conocer que te está llevando a tomar decisiones.

Paciente: Tengo que pensarlo y no sé, empecé hablando de mi ex, después del panameño y ninguno de los dos está. Tal vez busco lo que me hace daño, por eso estoy sola.

Terapeuta: ¿Crees que estar sola se limita al plano sentimental?

Paciente: No pero es como si deseara eso tanto que hago que lo demás no tenga tanto peso y validez. Me he metido en el nivel de no reconocer las otras tantas cosas y personas que puedo y tengo a mi favor, que afán el mío por vivir el amor de mis sueños que solo me he puesto a ver y esperar eso.

Terapeuta: No es tarde para que tengas en cuenta lo demás y pongas tu atención en lo que has ignorado o dado por sentado.

Paciente: No quiero seguir enfocada en lo negativo y siendo pesimista cuando sí tengo todo para estar mejor de lo que estoy, es solo que a veces como le digo... me encuentro en la posición de no saber que hacer.

Terapeuta: Quizá no es necesario apresurarse o presionarse para tener una respuesta de inmediato.

Paciente: Sería lo máximo si me pudiera saltar todo ese proceso.

Terapeuta: En vez de saltarte todo, ve dando pasos y estableciendo metas cercanas.

Paciente: Por lo pronto, entonces creo que no pensaré en pareja, una cosa no va a sanar la otra. Tengo muchas ganas de concentrarme en mí y en mi paso a paso sin dejarme influenciar por lo tóxico de mi casa y de mis ex parejas.

Terapeuta: Ten presente que tú fijas tu destino. Este lugar no es tu casa ni tu relación con tus ex parejas. Aquí tus sentimientos son importantes y tu voz escuchada.

Paciente: Ojalá pudiera llevar eso a los demás espacios de mi vida. Ya no me quiero sentir subrogada de ninguna manera.

Terapeuta: Cuéntame un poco más sobre eso.

Paciente: Es que no me quiero sentir subrogada ni voluntariamente ni por estar en automático. A veces hago cosas para que los demás no se vayan, doc, lo hago como por inercia o simplemente por costumbre.

Terapeuta: ¿Cuál crees que podría ser la razón?

Paciente: Yo creería que es y ha sido porque ya es lo que conozco o con lo que me he sentido cómoda siempre.

Terapeuta: ¿No crees que es momento de empezar a conocer cosas y lugares nuevos?

Paciente: Yo me siento lista ya para salir de ese circulito de siempre.

Terapeuta: Entonces, a vivir tu proceso y decidir por ti mientras elaboras tus nuevos caminos.

Paciente: Muchas gracias, doc.

Sesión No. 5

Paciente: Doc, le cuento que terminé la pasantía, pasé a una modalidad para grado en la segunda carrera que estoy haciendo. Han pasado muchas cosas, imagínese que estábamos en una fiesta, yo me emborraché, me puse a vomitar, a llorar, él me recogió, me pidió perdón pero no recuerdo mucho, la verdad, solo recuerdo que me dijo que aún me amaba y tuvimos sexo.

Estuvimos en idas y venidas hasta que él decidió que yo seguía siendo la misma, dejamos así y nada, he intentado salir de nuevo y empezar a conocer gente nueva pero nunca se me da nada con nadie, yo como que no pertenezco con nadie.

Terapeuta: ¿No crees que tal vez tú misma buscas no pertenecer con nadie para estar de vuelta con tu ex pareja?

Paciente: Seguramente porque seguíamos teniendo intimidad hasta que me molesté mucho y lo agredí.

Terapeuta: ¿Qué sucedió para que esto pasara de nuevo?

Paciente: Creo que al menos me controlo más porque esta vez no pasé a lo físico, solo fue verbal. Él no cambia y otra vez se soltó a desacreditarme diciendo cosas fuertes y cuestionándome como mujer, persona, estudiante, cuestionándome todo diciendo que todo lo que soy es por los demás, por suerte, por cualquier cosa menos por mis esfuerzos y trabajo, lo mismo de siempre.

Terapeuta: Tal parece que te sientes cómoda en esa posición porque vuelves a ese lugar donde sabes como ha sido el trato y la comunicación.

Paciente: Él es como mi lugar cómodo, por eso me saboteo porque me siento atada.

Terapeuta: Pero las personas pueden irse de esos lugares incluso aunque sean cómodos, ¿Qué consideras que te ata?

Paciente: Creo que el pensar que no merezco otra cosa.

Terapeuta: Entonces, ¿qué podría ser lo que buscas con él?

Paciente: Es un castigo para mí misma, uno con el que estúpidamente he creído que puedo lidiar, pero, ya se me salió de las manos porque esta cuestión es pesada, esta vez casi me pega.

Terapeuta: Cuéntame que sucedió esta vez.

Paciente: Me empezó a comparar con la muchacha con la que me fue infiel, diciendo que ella era mejor, que a ella la quería más, eso me volvió loca porque esa mujer es horrible, ella pasa de chismosa en mis perfiles de las redes, se la vive pendiente de lo que publico y me dio ira ver

como me comparaba, me molesta mucho saber que pueden estar hablando o hasta vuelto a estar juntos porque básicamente me dio a entender que eso quiere o puede estar sucediendo.

Terapeuta: ¿Qué es lo que te da tanta rabia?

Paciente: Ella.

Terapeuta: ¿Ella o que él haya querido seguir en contacto o de vuelta con ella?

Paciente: (Llora)

Que me haya cambiado por tan poca cosa.

Terapeuta: No te cambió, quizá él eligió estar con otra persona. Al igual que tú, él ha decidido seguir con su vida, es lo normal y natural en el ser humano, puede que le esté funcionando, tu deber contigo es que funcione para ti.

Paciente: Es cierto, de alguna manera siempre me quedo y me conformo con el puesto que él ha dejado para mí, con lo que me ha querido dar y tal vez ya es hora de ver que merezco más que eso.

Terapeuta: ¿Qué puesto quieres ahora para ti?

Paciente: Uno de respeto y dignidad, a mí todos me dicen que soy una tesa y ver como me sigue desmeritando y me compara con esa muchacha me molesta demasiado, me da rabia.

Terapeuta: ¿Entonces por qué buscas la validación donde sabes que nunca la has encontrado?

Paciente: Para sabotearme, otra vez me metí solita en el círculo que no cambia, pero voy saliendo, estoy saliendo.

Terapeuta: Ese círculo no tiene que definir lo que será tu vida de ahora en más.

Paciente: Quiero cambiarlo todo. Ay, definitivamente como son las cosas de la vida, pero ¿sabe algo? Ya no lo busco, ni busco excusas para escribirle, estoy pensando en mí y me estoy cuidando a mí y a mis sentimientos. Siento que tener que vivir todo esto y decirlo me ha ayudado y siento que de una u otra forma sí he avanzado.

Terapeuta: Veo que puedes dar cuenta un poco más de lo que sucede cada vez que discuten, me gustaría escucharte.

Paciente: Creo que es porque él siempre me ha llevado al límite, sabe que decir para después llamarme loca y ya me rehúso a dejarme colocar nuevamente en esa posición.

Terapeuta: ¿Ha sido alguna posición repetitiva?

Paciente: Ha sido una posición y una zona de comfort

Terapeuta: ¿De qué tipo?

Paciente: Ese lugar de loca y él mi zona de comfort.

Terapeuta: ¿Crees que tienes que quedarte en esa zona que hace parte del círculo que me comentas?

Paciente: Me quedé por mucho tiempo pero ahora quiero cosas para mí. Ha pasado el tiempo y mi corazón ha sanado, me caí pero estoy sanando y no me quiero adaptar a algo que alguien más dice de mí, quiero escuchar mi propia voz.

Terapeuta: Permítete crear eso que quieres para ti, escuchándote y dándote lo que quieres.

Paciente: Dejé de oírme por mucho tiempo para ser y hacer lo que él y los demás querían para mí, sé que aun me falta mucho pero por lo menos ya no estoy en el mismo lugar, he cortado lazos, puesto límites y tomado decisiones.

Terapeuta: Lo importante es ser fiel a ti y seguir el camino que tú has querido por lo sano y justo.

Paciente: Que él me haya sido infiel no quiere decir que no merezca fidelidad, ¿pero sabe algo? De nada sirve que quiera fidelidad y no me la dé yo misma.

Terapeuta: Has llegado a un punto importante, tal vez el inicio para empezar a estructurar vínculos sanos, el primero, con tu persona.

Paciente: Muchas gracias, doc. Ya es necesario dejar la inercia y empezar a pensar.

Terapeuta: Es un nuevo comienzo que se traduce en una nueva oportunidad.

Paciente: Una nueva oportunidad conmigo misma, muchas gracias, doc.

Sesión No. 6

Paciente: Doc, he estado super cargada con el trabajo pero me alegra mucho tener este espacio porque lo necesito. La verdad todo en mi vida parece que se hubiera encarrillado, bajé de peso, estoy trabajando, enfocada en mí y bueno, yo me acuerdo que antes pasaba llorando por mi ex pareja y ha sido cuestión de tiempo y esfuerzo pero siento que finalmente lo he superado y he avanzado

Terapeuta: ¿En qué sientes que has avanzado?

Paciente: Mi autoestima estaba por el suelo y me levanté, pasé de ser una persona que rogaba por amor a aprender a amarme. No es tan perfecto como suena porque es tedioso ni el carajo pero en esas ando, me levanté.

Terapeuta: ¿Tú sola o alguien te ayudó a hacerlo?

Paciente: Pues, conocí a alguien pero fue fugaz, otro error en mi camino pero bueno, como que he avanzado pero no aprendo del todo porque me tropecé con la misma piedra de menos edad.

Terapeuta: ¿Te encontraste casualmente con esa persona a la que llamas error o tú lo acercaste a tu camino?

Paciente: Usted sabe que yo de por si hago malas elecciones así que me inclino fuertemente por la segunda opción pero es que no pensé que sería así. Le voy a contar, me habló al chat, empezamos a hablar, a mí siempre que alguien me habla, le veo las fotos porque me gustan los hombres atractivos y casualmente, un amigo que es gay lo conoce y me dijo que el tipo en persona era precioso, así que yo le respondí. Hablábamos bastante por chat y videollamada pero fue menos de una semana y él se desapareció pero es por asuntos suyos o sea, tiene estrés postraumático, es super controlado por sus padres y aparte tiene 20 años, así que no sé que esperaba de ahí

Terapeuta: ¿Realmente cuales eran tus expectativas?

Paciente: Por 1 vez, me estaba dejando llevar, siento que ajá, si me conecté con él y me afectó.

Terapeuta: ¿Después de cuanto tiempo de estar en contacto?

Paciente: 6 días, es terrible como me conecto con la gente y sentirme mal mientras ellos están bien. Me dice que los papás lo llevarían a hacerse el examen del VIH porque lo veían muy flaco y con mal semblante y que no iba a poder llamarme, eso fue el martes y verídico, el miércoles no me habló pero ahí estaba a veces en línea, yo fui fuerte y tampoco lo hice pero me sentía mal, el jueves sí me sentía super triste porque ni me hablaba ni me llamaba y mis amigos me decían que no lo buscara pero lo llamé tal vez porque fui grosera cuando le colgué el martes y por ponerme brava... estoy buscando excusas. El punto fue que lo llamé 1 vez y no me contestó, luego

lo vi en línea y al carajo, la ansiedad me estaba matando así que queme tiempo hablando por teléfono con una amiga y luego escuchando música, lo borré todo: los chats, el registro de llamadas y su número, me siento como una gran perdedora triste y llena de ansiedad.

Terapeuta: ¿Por qué te sientes así, que consideras que perdiste?

Paciente: A él

Terapeuta: Estuvo en tu vida menos de 1 semana.

Paciente: Eso es lo peor, me enganché

Terapeuta: Crear un vínculo no hará que otro desaparezca, involucrarte con alguien no hará que te sientas menos sola o que te valoren en justa causa, ¿recuerdas cuando hablamos de eso?

Paciente: Sí pero es como que repito el mismo círculo una y otra vez.

Terapeuta: Sal de ese círculo y construye en cuanto estés en sintonía con la otra persona, ¿crees que eso podría hacerse en 6 días?

Paciente: Para nada, esa soy yo que es como si viviera en un absurdo cuento de muñecas.

Terapeuta: Dejémosle los cuentos de muñecas a las niñas pequeñas, tú eres una adulta, ¿qué quiere esa mujer adulta?

Paciente: Total, yo tengo que estar ya en otro camino, eso es perder el tiempo y auto infringirme dolor porque ya sé como van a acabar esas cosas. Quiero tranquilidad, eso es todo.

Terapeuta: Entonces todo no se ha encarrilado, algo está haciendo que sigas eligiendo mal.

Paciente: Hemos hablado de mis vacíos, es algo que aun me cuesta.

Terapeuta: Es un proceso que de por sí cuesta, pero costará más si lo sigues llenando con personas pasajeras, ¿no crees?

Paciente: Por eso me siento así, es como que el pañito momentáneo me hiciera sentir un alivio que aja, también es momentáneo.

Terapeuta: ¿Ese alivio momentáneo vale la tristeza y ansiedad que sientes ahora?

Paciente: Nada vale lo suficiente para hacerme sentir así.

Terapeuta: Entonces, hay que ver a que cosas y personas les estás dando ese poder.

Paciente: Es que me ilusiono y es como que me pierdo, ¿sí ve?

Terapeuta: No es necesario perderte para encontrarte con alguien y no está mal ilusionarse sino entregarlo todo de una vez porque, ¿con qué te estas quedando tú?

Paciente: Real y básicamente con nada. Pero no entiendo como pude superar a mi ex acostándome con él luego de 3 años de tortura, malos tratos, infidelidad y llanto y un tipo de estos me hace sentir de esta forma.

Terapeuta: ¿Qué crees que tienen en común estos dos hombres?

Paciente: Ambos son menores que yo, ambos se portan como niños y ambos tienen problemas (se ríe) creo que ya lo veo.

Terapeuta: ¿Qué ves?

Paciente: Es como si me gustara el sufrimiento porque siempre me meto con pelaitos y usted sabe que el que se acuesta con pelaos, amanece cagao. Doctora, verídico.

Terapeuta: Entonces, tú lo identificaste en tus palabras. Son tus decisiones, cambiar decisiones es cambiar el camino y con este, los resultados.

Paciente: Me va a tocar subir la vara y es que yo no sé que me sucede. Usted viera todos los hombres que están detrás de mí, yo sé lo que soy pero elijo mal.

Terapeuta: A veces las personas que nos hacen bien no están siempre determinadas por el físico.

Paciente: Eso me pasa por superficial jaja

Terapeuta: No es para que te castigues, es para que puedas empezar a identificar que necesita ser cambiado, con que parte de la historia te sientes demasiado cómoda que buscas vivirla de nuevo hasta que salga bien.

Paciente: Pues sí, no va a salir bien, no va a mejorar hasta que rompa con eso porque es verdad que siempre ha sido lo mismo, yo sabía que había algo que tenía que estar haciendo mal pero eso es hasta bueno, o sea, saber que algo está mal es como saber que toca empezar de nuevo.

Terapeuta: Es una oportunidad para vivir diferente y hacer las cosas de otra forma. No está mal que te sientas triste por lo que pasó pero no te regodees en el dolor. Suéltalo para empezar.

Sesión No. 7

Paciente: Me quedé pensando mucho en la última vez que hablamos y en cómo siempre estoy viviendo bajo la misma angustia de hacer cosas para perder a los hombres en mi vida y cuando no estoy bajo esa angustia, algo pasa que hace que conocer a alguien sea un disparate y queden las cosas en el aire.

Terapeuta: ¿A qué conclusión llegaste con esa idea?

Paciente: A qué estoy perdiendo tiempo siempre haciendo lo mismo, es como que si nunca me dio resultado antes, ¿por qué tendría que darme resultado ahora? No tiene lógica.

Terapeuta: Tiene sentido tu conclusión, ¿que ha sido hacer lo mismo según lo que me cuentas?

Paciente: Meterme con el mismo tipo de hombres, por ejemplo. Usted la última vez me preguntó que tenían en común y sí, tenían algo en común, me fui pensando en que tenían en común todos los hombres con los que he tenido algo y también tuve respuesta para eso.

Terapeuta: ¿Cuál fue esa respuesta que hallaste?

Paciente: Todos siempre mostraron quienes eran desde el comienzo y yo creía que en algún punto por llevarnos bien, podría cambiar eso o hacer que no me afectara tanto.

Terapeuta: ¿Crees que ese es tu deber como pareja?

Paciente: No, no y no sé por qué no lo había pensado, me sentí mal pero liberada cuando me lo dije, no soy un mecánico pero he estado recibiendo gente en reparación toda mi vida, no quiero eso más, si yo estoy viviendo mi proceso, que los demás vivan su proceso pero no a través de mí. ¿Se acuerda del último chico que conocí? Me buscó de nuevo y dije no más, es la primera vez que recuerdo que soy yo quien dice “no” más.

Terapeuta: Puedo ver que estás haciendo revisiones a lo largo de las decisiones que has estado tomando, ¿Qué te hizo llegar a eso?

Paciente: Pensar en el círculo que siempre le digo, de verdad que me reproché porque yo no tengo que vivir en una ruedita que da vueltas y nunca acaba, eso se puede romper y lo quiero romper; no tengo que ver el mismo panorama, eso dependía de mí y ya pero yo no quería porque usted sabe, uno se encapricha.

Terapeuta: Si bien has comparado tu vida con un círculo, salir de él implica romperlo, ¿cómo quieres hacerlo?

Paciente: Yo creo que todo inicia en empezar a tomar decisiones diferentes, me quiero dar una oportunidad conmigo, siento que no me conozco casi porque siempre he buscado estar con alguien, me apego, me duele, lloro por un buen tiempo y repito lo mismo solo que con alguien diferente, hasta alguien como yo se cansa de sufrir.

Terapeuta: ¿Me podrías decir cómo es alguien como tú?

Paciente: Alguien que de alguna forma se acostumbró al dolor y a ser decepcionada, creo que hasta el punto de creer que es todo lo que merece y de ver la felicidad como destellos o algo lejano.

Terapeuta: Las costumbres también hacen parte de un círculo que en tus palabras, se puede romper, no tienes que cargar con eso y asumirlo como parte de tu vida.

Paciente: Yo pienso que hasta a esas cosas uno se apega y estoy en ese proceso, así como le dije “no” a ese muchacho, le estoy diciendo no a las cosas que me han hecho daño y con las que me he “amigado” de alguna manera.

Terapeuta: Estás empezando a decirle que no a ciertas cosas, ¿a qué le quieres decir que sí?

Paciente: A mí misma, no quiero esconderme más en una relación para no revisarme y confrontarme con quien soy y con mis problemas, lo que más quiero es sentir que puedo estar tranquila o sola, sin que eso me cause ansiedad o sin que quiera buscar la aprobación de algún hombre.

Terapeuta: Entonces ese sería el primer paso para lo que quieres conseguir. Detener el círculo, acabar costumbres y tener tranquilidad, ¿cuál crees que es el siguiente paso?

Paciente: Yo diría que asumir que no puedo estar en esa posición siempre. La semana pasada cuando me arreglaba o hacía revisiones de mercancía en la empresa pensaba en lo mismo “un día a la vez” y he estado como más consciente de cada actividad, cuando me baño, cuando como, incluso cuando veo televisión, siento que debo vivir ese momento sin dañarme la cabeza pensando en tantas cosas a la vez, eso ha detenido de alguna forma mis migrañas, creo, no sé.

Terapeuta: Así se ha manifestado tu ansiedad al pensar tanto sobre lo mismo, sabes que renunciar a algo, implica irse, si te quieres mover de posición, ¿a dónde te quieres dirigir ahora?

Paciente: Creo que estoy de alguna manera encontrando ese camino, lo estoy buscando todavía.

Terapeuta: Si no lo encuentras, tú puedes construirlo.

Paciente: Quiero construir cosas nuevas para mí. A veces creo que no podré pero en otras me doy cuenta de todo lo que he podido superar y sé que sí, creo que sí podré.

Terapeuta: ¿Qué clase de cosas nuevas quieres para ti?

Paciente: El hallar madurez, no sé. No me quiero tropezar con las mismas piedras, no me quiero ilusionar con personas fugaces. Quiero poder manejar mi ansiedad y no darle poder a los demás para que me la alboroten. Yo le dije que me enganchaba con la gente, eso es viejo, no quiero eso en mi nuevo camino.

Terapeuta: Son decisiones que requieren de análisis y tiempo para conocer y conocerte. Recuerda qué hay poderes que las personas otorgan o ceden a los demás.

Paciente: Creo que en eso la he embarrado, en no darme el tiempo de conocer y creer que todos tienen mi corazón, por eso creo que no debo tener ningún tipo de relación con nadie, no me siento en condiciones de seguir cediendo poder sobre mi y sobre mis sentimientos.

Terapeuta: Pero el tiempo no se ha acabado y con esta decisión, se te presenta una nueva oportunidad. ¿En qué condiciones consideras que te encuentras ahora?

Paciente: En buenas condiciones, creo que hace mucho no era tan buena conmigo, me estoy dando tiempo, respeto, cariño, yo he sido muy mala conmigo y he puesto mi corazón en bandeja de plata para que hagan con él lo que quieran. Ya no pienso en lo que van a decir, no creo que sea necesario que tenga que tener siempre gente ahí, ahora soy yo conmigo y creo que eso me gusta

Terapeuta: Es necesario trabajar en la construcción de una relación sana y duradera contigo misma, ¿Eso qué te trae a la mente?

Paciente: Que debo seguir en eso y que no es solo una decisión de la noche a la mañana, siempre me digo que no debe ser producto de un arranque, que no debo correr porque la embarraré de nuevo y yo realmente estoy cansada, cansada de verdad y no deseo seguir recibiendo lo mismo, entonces tengo que no dar lo mismo, algo así.

Terapeuta: Entonces, ¿que consideras que debes dar para no seguir recibiendo lo mismo?

Paciente: Lo que nunca me di a mi misma y cuesta decirlo en voz alta pero eso es respeto y dignidad, no me di el valor que tengo ni tuve nunca una buena autoestima, todo fue una especie de escudo protector.

Terapeuta: Ya no estás en medio de una guerra, tal vez es momento de desarmarte y dejar de defenderte. Trabaja en ti desde una posición diferente.

Paciente: Creo que ahora sí puedo hacerlo porque ya no tendré personas que de alguna manera podrán lastimarme, otra ventaja de decidir seguir por mi cuenta y concentrarme en mí nada más y es raro porque nunca hubo un "yo nada más" más bien siempre era un "yo y alguien más"

Terapeuta: Los demás pueden hacer lo que tú permitas. Si lo que deseas y consideras como adecuado es concentrarte en ti, entonces es el inicio de algo no explorado antes, ¿cómo te sientes al respecto?

Paciente: Nerviosa por lo que me ha tocado antes pero me siento decidida, tengo ganas de estar tranquila de verdad y no solo responder que estoy bien para cumplir con lo que los demás dicen.

Terapeuta: Que sea entonces tu voz la que rijá tu día a día.

Paciente: Por primera vez en la vida será eso, estoy en modo militar, con fe en la causa.

8. METODOLOGÍA

Tipo de Investigación: Cualitativa, En tanto la investigación se centra en analizar las vivencias y la forma como se hace una apropiación subjetiva de estas.

En la investigación cualitativa, iniciando con un proceso inductivo que parte de posición subjetiva de la paciente, para en la lectura de su discurso construir lógicas que permitan la comprensión de su psicodinamia que luego se confrontará con la literatura existente sobre la temática.

Paradigma de investigación: El paradigma es histórico hermenéutico, en tanto se valora el discurso de la paciente desde una historicidad de la cual se hace una lectura, en este caso hermenéutica, ya que se parte de que existen unos contenidos manifiestos que nos llevan a unos contenidos latentes, un traspaso de lo consciente a lo inconsciente. Para lograr este trámite se cuenta con los elementos de interpretación que ofrece el psicoanálisis, de esta forma, se realiza una hermenéutica, una lectura sobre un texto para encontrar una verdad no consciente.

Nivel de investigación : Analítico, siguiendo los principios de la propuesta psicoanalítica, la investigación avanza en el campo del análisis, este se realiza desde los principios Freudianos que nos llevan a la comprensión de una psicodinamia del caso, donde existe un conflicto psíquico que explica la presentación de los síntomas y la configuración de formas de relación del sujeto con los objetos del entorno, los cuales pueden ser analizados desde los pilares de la interpretación analítica.

Instrumentos para la recolección de la información: El instrumento básico es la entrevista clínica, esta ha sido la herramienta de construcción tanto de la investigación como de la construcción teórica desde la propuesta psicoanalítica.

Definición de variables: Para el presente estudio se toman dos variables que parten del discurso de la paciente, estas se eligen por la pertinencia tanto clínica, en tanto permiten comprender la psicodinamia del caso, como por su valor investigativo en la comprensión de cuadros clínicos que son relevantes por su incidencia poblacional.

Variable 1: Carencias vinculares primarias: Es una propuesta teórica que parte de las evidencias clínicas de casos analizados desde la teoría de las relaciones objetales. Su evidencia se puede encontrar el trabajo de Melanie Klein, Donald Winnicott y otros teóricos, señala la presencia de interferencias en el desarrollo objetal del paciente, señalado por abandono, negligencia y otras formas del maltrato infantil durante los primeros años de vida del sujeto, esto trae como consecuencia elecciones y formas de relación objetal caracterizadas por diferentes formas de la patología.

Variable 2 : Depresión, cuadro clínico descrito desde los inicios de la psiquiatría clásica con total relevancia en la psicopatología contemporánea, descrito como una alteración del afecto o estado de ánimo caracterizado por la tristeza, cuando llega convertirse en un cuadro depresivo mayor, la tristeza es patológica, acompañando a esto se generan alteraciones en diferentes di-

mensiones del sujeto como la pérdida de interés en lo placentero, anhedonia, llanto continuo, lentitud motora y del pensamiento, la presencia de ideas suicidas o el acto suicida como tal.

En el campo psicoanalítico, el cuadro clínico cercano es la psicodinamia de la melancolía descrita por Freud, la cual trata de diferenciarla del duelo por una pérdida, el cuadro melancólico es ubicado dentro del campo de las neurosis narcisistas, el tanto el sujeto disminuye su interés por el mundo exterior para centrarse libidinalmente en el dolor y la vivencia del objeto perdido. Desde las instancias psíquicas señala un conflicto entre el Yo y el Superyó, juzgante y castigador por las acciones tomadas por el Yo, que han implicado una pérdida la cual no ha logrado ser elaborada.

9. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

Depresión

Apuntes históricos desde la psicopatología

Desde el principio de los tiempos, Hipócrates llamó melancolía a lo que en 1725 Richard Blackmore bautizó como depresión, uno de los males más conocidos y renombrados hasta el día de hoy.

La palabra depresión deriva del latín “de” y “premere” (apretar, oprimir) y “deprimere” (empujar hacia abajo) y ha sido conocida desde el origen de las civilizaciones pasando por cambios sociales y culturales hasta el origen y establecimiento de la psiquiatría moderna.

Entre 1621 y 1675, Thomas Willis toma como base la teoría de los humores y siguiendo el hilo de lo estudiado, le atribuye las cosas de esta enfermedad a alteraciones producidas en el cerebro y el corazón y menciona cuatro tipos de melancolías de acuerdo a su origen: por desorden inicia del cerebro, derivada de los hipocondrios, la que comprende todo el cuerpo y la originada en el útero.

En la segunda mitad del siglo XVIII, William Cullen en su clasificación de las enfermedades, incluye la melancolía dentro del grupo de las neurosis o enfermedades nerviosas.

Este concepto fue producido por filósofos, pintores, historiadores y poetas para que posteriormente se consolidara como concepto y cuadro.

La melancolía se presentó como el síntoma preponderante en los grupos sociales de la época; desde burgueses y aristócratas, entre los cuales reinaba la sensación de hastío y de escar-

nio, se mantuvo el cansancio y el desespero hasta que se consolidó como una enfermedad mental sin adornos.

La medicina abandonó este término que luego fue retomado por la psicología clínica; específicamente por el psicoanálisis, que tomó el término como la base de la teoría de psicopatología psicoanalítica. (Freud, 1916).

La propuesta Psicoanalítica y la depresión

Freud toma el concepto y lo relaciona con el duelo partiendo del significado en común, “un lamento por algo perdido” diferenciando la melancolía como una forma patológica del duelo, ya que en la melancolía prima la culpa donde el Yo se identifica con el objeto perdido al punto de perderse a sí mismo en la desesperación de algo que es irremediable.

En esta estructura, hay una característica constante y es la imposibilidad del sujeto de hacer un proceso de duelo constante a causa del objeto que fue perdido, lo que causa en él un temperamento melancólico que sustrae, imposibilita, cohibe y persigue. (Roudinesco, E & Plon, M, 2008)

Esta propuesta es trabajada por Freud en su texto “Duelo y melancolía” de 1912, donde señala la diferencia entre el duelo y el duelo patológico; en el primero, se presenta un proceso de dolor que implica el desprendimiento de libido colocada sobre el objeto perdido, a diferencia del duelo patológico, que implica una dificultad de soltar las catexias sobre el objeto, generando el conflicto psíquico, en tanto una instancia psíquica hace juzgamiento sobre el Yo en relación a la pérdida del objeto, se genera un empobrecimiento del Yo.

Con el avance en la construcción de la segunda tópica en 1923 queda más claro que esta instancia que se coloca sobre el yo como un juez se nombra Superyó, la expresión de este conflicto entre el Yo y el Superyó propicia la explicación del cuadro clínico de la melancolía.

Luego, en la construcción de la nosografía Freudiana, los cuadros de depresión patológica o melancolía tendrán su propio lugar en el estudio de las neurosis narcisistas.

Desde esta clasificación de las neurosis narcisistas los cuadros depresivos y melancólicos implican un retiro de la libido objetal, es decir un desinterés por lo externo, que se centra en lo interno, en el dolor y los efectos del conflicto entre el Yo y el Superyó.

Bajo la línea del psicoanálisis, se le denomina melancolía a ese estado de ánimo profundamente doloroso que se caracteriza por el cese del interés en el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de las funciones y percepción empobrecida del yo que se manifiesta por medio de autoreproches y autodenigraciones que puede llegar al extremo de estar expectante ante el castigo. (Freud, 1917).

Propuestas Post Freudianas

Se une a esta construcción, Richard Blackmore al hablar de “estar deprimido, en profunda tristeza y melancolía. Término que actualmente se usa a nivel mundial para manifestar la conjunción de síntomas que hacen parte de este cuadro. (Jackson, 1989).

Tocando la actualidad, con sus cambios y resultados, podemos decir que la depresión ha estado desde el principio de la historia rondando entre los estudios y las creencias, lo que parecía ser una enfermedad, ha tomado tanta fuerza que en el hoy va en incremento, al punto de convertirse esta en la era de la depresión. (Dajas, 2002).

Tocando a manera de profundidad las bases y las preguntas que circundan este tema, surge la idea de la bioquímica como elemento activo para tratar la depresión, partiendo de las alteraciones a nivel de autoestima, vínculos y logros en donde lo infantil se reactiva y juega un papel clave en la historia de vida que se mezcla con la realidad y los valores personales. (Hornstein, 2006).

Cabe resaltar como sumando esto como un todo afecta la calidad del sueño, la energía, la falta de concentración e incluso, la capacidad de afrontar la vida diaria, cuestión que hace eco en la forma de sobrellevar el día a día y afrontar las adversidades que se presentan. (Alarcón, 2019) Es importante revisar su conjunción con el cuadro de ansiedad que potencia los síntomas, las crisis y con esto, el deseo cercano de solución a través de ideas suicidas que dan la impresión de única salida ante el dolor, la culpa y la frustración experimentada a causa de vivencias reales o situaciones fantasiosas que invaden la cotidianidad y el pensamiento.

No podemos dejar de lado la importancia de un tratamiento basado en a psicoterapia que escuche atentamente lo que el paciente tiene que decir, la palabra y el silencio que cargan el contenido de lo que necesita ser manifestado; el terapeuta debe ser sensible y el paciente debe dar rienda suelta a su discurso. (Fédida, 1978).

En la unión y el trabajo de ambos, se encamina el proceso a resoluciones sanas y una calidad de vida agradable y pacífica para el paciente que decide hacer un cambio permanente en su vida mientras toca su inconsciente y se da respuestas a las interrogantes que ponen su vida en pausa. Se hace necesario integrar los factores que hacen que el paciente salga adelante: la psicoterapia y el proceso farmacológico que, en la mayoría de las depresiones mayores, son pieza clave para el alcance de resultados, ya que si no se trata el trastorno psicológico, se hace presente la

sintomatología de la alteración neurobiológica, y si no se trata con farmacología, se obstaculiza el inicio y el contacto al optar por la psicoterapia. (Vergote, 1993).

En este orden de ideas, podemos afirmar que la depresión es la consecuencia de factores que se integran desde lo social, lo biológico y psicológico y que de forma global desde la individualidad causa deterioros que afectan a toda la sociedad, planteando desafíos y retos que demandan estar a la altura de los cambios y las necesidades de la población en general.

El cuadro depresivo desde los teóricos de las relaciones objetales

El campo del psicoanálisis es amplio, conformado por escuelas y corrientes que retoman diferentes aspectos del legado Freudiano, entre estas propuestas se encuentran la de los teóricos de las relaciones objetales o las relaciones de objeto. La conforman un grupo de estudiosos del campo psicoanalítico que relatan el lugar de las relaciones entre el sujeto y el objeto como una forma de explicar las dinámicas inconscientes.

Entre estas podemos encontrar los trabajos de Melanie Klein y Donald Winnicott, quienes resaltan el valor de las relaciones de objeto incluso desde los primeros meses de vida, en la misma línea de la valoración de la relación con el objeto, algunos ubican a Jacques Lacan con su propuesta del objeto “a”, aunque este no se encuentre del todo en registro de lo real del objeto.

Una evolutiva relacional

No se puede dejar por fuera de la narrativa, la necesidad de la existencia primaria de relacionarse, aún con un cuadro clínico que limite o disminuya las funciones de las personas, ya que es una

tendencia o un comportamiento dirigido a un objeto que busca para dar respuesta a su necesidad de relación. (LaPlanche, 1971).

Esta necesidad que empieza siendo una integración, se desarrolla como un reconocimiento entre pulsiones, la realidad y el Yo. Inicia en reconocer un Yo, separarlo de un no Yo: un objeto que está por fuera del que se obtiene placer y que genera calma ante la tensión producida por las necesidades del cuerpo.

Posteriormente, este objeto se elige y es este el primer nivel de la elección, responsabilidad que recae en la madre que nutre, pero cuando hay fallas en este vínculo, se recae en el autoerotismo, mismo que es la cuna del narcisismo y que determina la calidad de las siguientes elecciones que pueden ser de este mismo tipo y que generan en el sujeto la búsqueda del reforzamiento del yo frágil producto del vínculo con el objeto primario.

Esta primera vinculación determina como se van a transitar los periodos, como se tramita la angustia, como se asumen las diferencias; incluso, como se manifiestan los mecanismos de defensa y lo que se espera en la relación con los diferentes objetos elegidos a lo largo de la vida. (Valls, 1998).

En esta necesidad entre el objeto y el entorno y que impera por encima de factores y condiciones, tiene un efecto determinante sobre el psiquismo que implica la forma en la que se relaciona con su mundo y que va cargada de integraciones, experiencias de infancia e interacciones interpersonales que influyen de forma reiterativa y contundente las elecciones en la socialización e intercambios con las elecciones de objeto de la persona. (Tyson, 2000).

Es importante trazar una línea de tiempo que esclarezca como esa relación primaria determina las posteriores elecciones de objeto de amor, ya que hay situaciones que son la llave para

evocar recuerdos infantiles en particular, pues conducen a una escena posiblemente olvidada pero que emerge de formas indeterminadas como decisiones, personas y elecciones.

Estos recuerdos que avivaron las vivencias apuntan a la elección del mismo lugar pasivo que se cataloga como una repetición y aceptación de un rol que inconscientemente dirige las elecciones venideras.

Hay una importancia significativa en las vivencias infantiles y con ellas, en las imágenes de los padres que quedan registradas a nivel psíquico y que son determinantes al momento de la elección de objeto y que también tienen influencia en el carácter, el deseo y la estructura base de los vínculos. (Jaramillo, 2004).

Apuntes sobre la depresión desde la teoría de las relaciones de objeto

Aquí la depresión se puede comprender como patología de la relación con el objeto, por diferentes causas posibles que afectaron esta relación: maltrato, abandono y negligencia como características de la relación objetal primaria de los padres hacia el niño, propiciando un conflicto en la psiquis infantil.

El objeto que es de amor también es fuente de odio por las características patológicas de la relación. Esta ambivalencia hacia el objeto puede resolverse con una vuelta sobre sí mismo, donde el odio y la agresión al objeto se devuelve sobre el Yo, como una forma de defenderse de la emergencia pulsional, de esta forma esta propuesta retorna a Freud cuando en 1914 proponía la vuelta sobre sí mismo como un destino pulsional.

La teoría de las relaciones objetales señala como lo que transita en las relaciones primitivas y primarias, es decir de lo que se presenta en la relación entre el infante y el pecho en tanto satisfacción y privación, como lo que transita luego en los primeros años de la infancia, genera una serie de huellas, sobre las cuales el sujeto retorna en forma inconsciente.

Es decir, si la relación primaria está atravesada por el abandono o el desprecio, sin dar cuenta, el sujeto se relacionará buscando un reencuentro con esta experiencia sin entender o conocer de esto a nivel consciente

El retorno de esto reprimido se manifiesta como una compulsión a la repetición y conllevará al dolor de nuevas pérdidas y abandonos que sufrirá el sujeto, sin notar que hace parte de un libreto que repite sin saber.

Entonces, el abandono y la pérdida el sujeto la vivía desde la ambivalencia hacia el objeto amado y odiado, se defenderá e incluso defenderá al objeto mediante la vuelta sobre sí mismo, tal como lo señala Freud “la sombra del objeto recae sobre el Yo.”.

En otras palabras, el Yo es el culpable de todas las desgracias acontecidas en la relación con el objeto, el Superyó realizará sus acciones de culpa y autocastigo y de esta forma hemos llegado a las oscuridades de la depresión.

10. RESULTADOS

- ***Cumplimiento del primer objetivo específico: Analizar de qué forma se expresa el conflicto intrapsíquico y relacional en la paciente***

El cumplimiento de este objetivo específico inicia con el análisis del conflicto relacional y luego se pasa la descripción del intrapsíquico.

Un desencuentro en los inicios de la historia de relaciones de objeto

En la paciente se evidencia como existe una dificultad en la tramitación de las relaciones objetales primarias, ya en la obra Freudiana es claro como lo que se vivencia con las figuras parentales es la base de futuras formas de elección de objeto en la vida, esto es claro desde la propuesta del complejo de Edipo, trabajo luego continuado por los teóricos de las relaciones de objeto que describen con mayor claridad los avatares de los vínculos primarios

Los padres de la paciente son descritos como figuras distantes en presencia y afecto, ubicados en el lugar de figuras que son proveedoras desde lo económico, pero no en los relacional, aquí se instaura una demanda de la paciente, demanda insatisfecha que luego se repetirá en las formas de relación objetal que la paciente presenta.

“Mi madre cada vez más ausente que suplía su falta de afecto y tiempo con regalos costosos, dinero y viajes... Mi madre desde siempre ha sido ausente a causa del trabajo y mi padre no estaba presente a causa de razones que desconozco pero creo que era por su trabajo”.

Sigmund Freud cuando plantea el concepto de la compulsión a la repetición, expresa como se repite lo reprimido, lo tramitado, en este caso lo no tramitado de la relación parental primaria.

Los abuelos paternos aparecen como figuras en la cuales la paciente hace un desplazamiento de lo no elaborado con los padres, se puede comprender como un lugar transferencial creado a partir

de la demanda no resuelta con los padres, lugar que se invierte en los abuelos pero que no cesa, en tanto responde a una huella inconsciente.

Es llamativo como la relación con el abuelo transita desde lo consciente mientras la relación con la abuela desde lo inconsciente, un vínculo que no recuerda en la consciencia. Siguiendo la propuesta de Melanie Klein de la madre como vínculo primario, aquí lo reprimido transita desde la abuela a la madre, quedando en la consciencia la relación con el abuelo.

Estas carencias generan huellas en la paciente que luego harán repetición en su adolescencia y vida adulta, tal como se explicará más adelante, el vínculo primario con la madre se presenta alterado en la primera infancia por ausencia y distancia; desde aquí, ya se perfila la ambivalencia hacia la figura materna en la vida de la paciente

En este camino, surge un nuevo deslizamiento o lugar en la transferencia materna, la virgen María ocupa un lugar central en la discursiva de la paciente, un lugar materno, una madre presente frente a otra madre en la ausencia y la distancia.

Terapeuta: Cuéntame como has vivido este tiempo sin él.

Paciente: Creo que ha sido por la obra de Dios y la virgen en mí.

Este desplazamiento a representaciones religiosas fue trabajado por Sigmund Freud en varios momentos de su obra, en especial en “*El Porvenir de una Ilusión*” de 1927, en este texto se señala como los ímagos paternos infantiles luego toman el lugar de Dios y de otras construcciones religiosas.

El camino de la repetición

El despertar de la adolescencia conlleva a las formas de elección de objeto exógenas, es decir por fuera de la triada Edípica, sin embargo, la fuente de la elección responde a lo objetual

no resuelto como lo plantean los teóricos de las relaciones objetales. Luego de superar diques que el paciente se coloca frente al impulso sexual, que se describen más adelante, la paciente hace elección de parejas donde la dinámica transita en el campo de los malos tratos y la infidelidad, relaciones de las cuales la paciente encuentra dificultad para desligarse.

“Cargo muchas desilusiones, culpa, tristeza y la constante duda al no entender que hago mal en mis relaciones”.

Relaciones que se caracterizan por lo que Freud definió como un “Mas allá del principio del placer” (1920) un placer en el displacer.

“Una parte de mí quiere dejarlo y ser feliz de verdad, pero otra parte de mí realmente lo ama, lo conoce y quiere el resto de su vida a su lado”.

Hay una repetición de donde se siente que no se puede salir, donde al tiempo que se sufre por el objeto elegido, se demanda de este amor una repetición de lo truncado con las relaciones objetales primarias. ¿Qué sostiene a esta paciente en estas relaciones dañinas con las parejas? Una demanda primaria no resuelta.

La carencia en la tramitación de la femineidad y sus efectos

Desde la dinámica objetal edípica, la dificultad en la tramitación de lo materno implica a su vez una complicación en las posibles respuestas frente a la femineidad, la importancia de lo que se tramita de madre a hija en la vivencia pre edípica y edípica es trabajada por Sigmund Freud en diferentes textos como “La femineidad” y “Sobre sexualidad femenina”. La madre ofrece herramientas frente a la pregunta de que es una mujer, igualmente señala los efectos nocivos si este trámite fracasa.

Alrededor de lo expuesto, podemos evidenciar una vinculación fallida con la madre que, en ese mismo hilo, ha afectado la construcción del ser mujer, desembocando en intentos por construirse en su ser y sexualidad, cuestión que acaba en fracaso a causa de un superyó que se percibe como estricto, fuerte y castigador.

“Mi madre con vergüenza y rabia me expuso llamándome “promiscua” y “libertina” delante de mis líderes religiosos, sacerdotes, empleados y mis hermanos. Eso puso una brecha entre ambas que reafirmaba las diferencias que ya estaban”.

En el caso de la paciente, se expresa una dificultad en la adolescencia frente a reconocerse como un sujeto sexuado, intenta hacer una postergación de la elección objetal, secundándose en el discurso religioso e intentado sanar el imago materno en la Virgen María, en este desplazamiento en tanto elige una Virgen, una mujer inmaculada, que no conoce del encuentro de los sexos, no es un asidero para responder preguntas de lo sexuado que buscan respuestas. Esto lleva a la paciente con un marco no muy claro de lo que implica ser mujer, lo que implica una pareja, la relación mujer- hombre, ella depositará en la relación de pareja, más que un lugar de mujer, las preguntas y repeticiones de una niña que busca ser amada desde sus carencias y que esta dispuesta a pagar un precio alto por esto.

“Me provocó fuertes crisis, auto medicación, comportamientos impulsivos, desbordados y cuestionamientos constantes sobre mi valor y mi persona por los esfuerzos que tenía que hacer para conservar la relación y no repetir el mismo fin de las anteriores”.

Los desencuentros en el campo de lo paterno

En ese devenir de construcción y conocimiento, la continua desvinculación con el padre, la excluye de la apropiación de lo que se debe esperar, aceptar y negociar dentro de las relaciones

con otros hombres y la transición de fases bajo la mirada materna, ha permitido heredar primeramente el temor y la fe hacia la religión que demanda un actuar correcto e impecable hacia la vista de las comunidades en las que se desenvuelve, cuestión que provoca aversión a causa de la exigencia en el actuar, la demanda insatisfecha de amor y el señalamiento ante su goce femenino. Esta aversión se manifiesta por medio de reproches y quejas a quien se reconoce desde la teoría como el primer objeto de amor. (Freud, 1931).

“Tenía prohibido ver a mi padre, me alejé de mi abuelo y crecí con miedo a consecuencia de las amenazas de mi madre, sentirme vista por la virgen y los comentarios negativos sobre mi padre y mi familia paterna ante amistades, entidades religiosas y compañeros de trabajo”.

Frente a lo acontecido con la figura paterna, se hacen nuevos desplazamientos, en esta ocasión, al abuelo paterno y a Dios e incluso la iglesia como discurso regulador del comportamiento y el asumirse como sexual.

“Mi abuelo era un hombre pensionado, es el hombre que más ha amado en la vida, era cariñoso y demostrativo... Mis primeros años fueron una vivencia repetitiva en la iglesia que me enseñó a profundidad sobre la Biblia, las leyes de Dios y el amor a los santos, la trinidad y la virgen María. Años que también fueron divertidos y sanos a pesar de no recordar la presencia constante de mis padres”.

El conflicto intrapsíquico

Desde la dinámica intrapsíquica, se ubica un cuadro clínico neurótico donde existe un conflicto entre las instancias. Siguiendo a la definición que realiza Laplanche en el Diccionario de Psicoanálisis “En la neurosis existen unos montos pulsionales que emergen de lo reprimido”,

en la paciente se encuentra el deseo de hacer una pareja con un hombre, de enlazar las corrientes sensuales y tiernas sobre un objeto, una elección en las dimensiones de amar y sentirse amada. Al tiempo desde lo inconsciente se encuentran las huellas de lo insatisfecho, lo no resuelto que busca repetición.

“Él es el hombre con el que quiero estar de verdad, vivir mi vida, establecerme, tener una familia. Con él quiero todo lo que implica estar con alguien en pareja, mirar a largo plazo y ser dos”.

En las nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis, Freud señala que la elección es desde lo inconsciente y la relación con el objeto se establece desde el Yo, en el caso de la paciente, ella elige sin saber que elige, pero el Yo desea sostener la elección realizada. Elige estos hombres donde por diferentes circunstancias hay algo de lo que quejarse, una demanda no resuelta. Sobre el lugar y los efectos de la tercera instancia psíquica en este conflicto, se continuará en el siguiente apartado.

“Siempre me dejan...Creo que todo empezó con mi padre, creo que nunca superé cuando se separó de mi madre y ahora es como que me aferro con fuerza para que los hombres no me dejen”.

Cumplimiento del segundo objetivo específico: Explicar de forma como se presenta la psicodinamia de la depresión en la paciente

Para entender un duelo, se debe entender que es lo perdido

Una lectura simple del caso nos llevaría a comprender el proceso depresivo de la paciente como el dolor por la pérdida de la pareja actual, sin embargo, esto ya de por sí despierta preguntas: ¿Por qué tanto dolor por una pareja que ha generado tanto sufrimiento no sería por el contra-

rio esta resolución un alivio psíquico? Si la depresión nos remite a una pérdida, ¿qué es lo perdió que está en juego?

En una primera lectura se podría afirmar que el dolor de la paciente está con relación a la pérdida de objetos actuales (la pareja) dinámica en la cual se presentan unos elementos particulares, en especial el auto reproche por el objeto perdido, que tal como lo expresa Freud en “Duelo y Melancolía”, conlleva al detenimiento del Yo frente a una instancia castigadora.

“Fue una relación de muchos altibajos, maltrato de todo tipo aunque nunca llegó a lo físico, al menos no de su parte... Yo me la pasaba llorando, deprimida, ansiosa y con muchos pensamientos feos en la cabeza, sobre todo por su infidelidad, desde ese momento siento que nunca va a ser posible confiar en un hombre de nuevo”.

¿Cómo se entiende este auto reproche si el objeto perdido es incluso descrito en una forma desvalorizada en tanto fuente de dolor e infiel al compromiso de pareja?

Es a partir de la propuesta Freudiana del duelo no elaborado y la propuesta de los teóricos de las relaciones objetales que lograremos encontrar respuestas posibles a estas preguntas, ya de por sí se puede adelantar que cuando Melanie Klein señala el devenir de la posición depresiva anuncia que esta se reeditará en el transcurso de la vida con las pérdidas que se presenten, es decir que una pérdida del presente actualiza pérdidas del pasado. En forma consciente en algunos casos e inconsciente en otras.

El historial en análisis inicia con una pérdida sostenida en una privación, una niña ha sido privada de la presencia de sus padres como figuras de acompañamiento en los primeros años de vida.

Esta pérdida se reeditaré en la historia de las relaciones objetales de la paciente, bajo el marco del temor a una nueva pérdida, una nueva ausencia, un sentimiento de abandono, una ausencia primaria que marca una forma de vínculo.

“Creo que lo que tengo que hacer es no aferrarme como si fueran mis padres, si es verdad que no me ha funcionado y yo es como si por inercia hiciera lo mismo una y otra vez, todo siempre como que estuvo en simplemente elegir mejor a mi pareja, no quiero que duela más”.

El objeto perdido en el presente es semblante de otra pérdida no elaborada, una vivencia donde prevalece la ambivalencia frente a los objetos parentales, amados por el lugar que representan y odiados por su ausencia frente a la demanda de amor. Para superar esta encrucijada la respuesta será una vuelta sobre sí misma.

La vuelta sobre sí mismo

La vuelta sobre sí mismo es descrito por Sigmund Freud como uno de los destinos pulsionales en su artículo de 1914 “La pulsión y sus destinos” señala como el sujeto hace una vuelta de la pulsión sobre sí mismo como una forma de responder a las ambivalencias frente al objeto. Este movimiento permite comprender la auto agresión, aspecto importante de resaltar en la psicodinamia de la paciente.

Paciente: Nunca me he golpeado pero sé que me hago daño al tomarme las pastillas a mi antojo y sin control médico, al no consumir alimentos por horas. Es como que al no poder solucionar nada afuera hago cosas conmigo...he tenido pensamientos negativos pero mi fe no me lo permite.

Terapeuta: ¿Qué clase de pensamientos negativos han pasado por tu cabeza?

Paciente: Como de tomarme todas las pastillas de una vez o tomar algún veneno

Terapeuta: ¿Se han quedado solo en pensamientos?

Paciente: No... una vez lo intenté pero no pude.

En varios momentos del discurso se expresa como existen fantasías con referencia al suicidio, el cual es imaginado y planeado, una forma de cumplir los mandatos superyónicos que demandan castigo por la ambivalencia presentada y por el sentir que algo no fue suficiente para poder retener al objeto perdido.

La identificación al conflicto de la pareja parental como una respuesta frente a la pérdida

Los avatares del psiquismo para no dar cuenta de la pérdida pueden tomar caminos que sobrepasan las lógicas de lo consciente. La paciente describe los vínculos parentales como conflictos, el padre y la madre no encuentran acuerdos y el dolor pernea la relación parental. El inconsciente se sostiene en el pasado no resuelto, lo repite para intentar enmendar lo desconocido, una forma de intentar alcanzarlo es por medio de la repetición.

“Terapeuta: ¿Qué te hizo entrar en esta relación?”

Paciente: Creo que el trato, que busca lo mismo que yo que es casarse, tener hijos, una familia.

Terapeuta: ¿A qué se parece eso que tú deseas con tu historia?

*Paciente: Siento que deseo eso porque en su momento fue algo que yo no tuve en casa, (llora)
Quiero tener una familia como la que no tuve yo, sé que seré una buena madre y una buena esposa.”*

Desde el inconsciente, la compulsión insiste y retorna ahora desde una identificación a los conflictos y violencia de la pareja parental y revive el sentir rechazo y pérdida, donde la paciente

se siente culpable, no solo de las agresiones proferidas a la pareja, sino además de la pérdida del vínculo, se hace de esta forma, la repetición desde el lugar thanático del aplastamiento del Yo.

Paciente: “Todo lo que hace me afecta, por eso me pongo así y no es la primera vez, por eso quiero ayuda, la semana pasada no pude más y por segunda vez lo golpeé y esta vez fue tan fuerte que mis dedos quedaron morados”

Terapeuta: Dices que fue la segunda vez, ¿cuándo fue la primera?

Paciente: Cuando lo confronté a causa de su infidelidad.

Cumplimiento del tercer objetivo específico: Analizar la relación entre la depresión y las características de la historia de relaciones de objeto en la paciente

El punto reiterativo de la historia de vida de la paciente es el fracaso constante a causa de sus elecciones, profundizando en la relación con las figuras vinculares primarias podemos resaltar abandono, lazos carentes de afecto, compañía y aprobación; cuestión que se asimiló como una pérdida y se manifestó en las relaciones como un deseo preponderante de presencia, aceptación y amor.

Paciente: Es cierto, no sé porque me trato tan mal (se ríe)

Terapeuta: Creer en ti y en lo que has hecho, mal o bien es la clave para empezar a tratarlo diferente. Que te hayas acostumbrado a eso tal vez no te ha resultado pero te ha llevado a manifestar estas emociones que hoy estás sacando.

Paciente: Y así atraeré el amor sano, ¿no es cierto?

El fracaso en las elecciones se caracteriza por las relaciones breves, caóticas y traumáticas que desembocan en crisis que se caracterizan por la culpa, la carga emocional depresiva desbordada, el dolor psíquico por la pérdida del objeto de amor y dolor que la paciente en un estado

melancólico sufre y que se relaciona con un desfallecimiento de la pulsión que afecta el yo, su forma de percibirse y de relacionarse con el exterior.

“Comenta que a pesar de los cumplidos, su físico y de sus logros profesionales y académicos, su relación con su madre se mantuvo como lejana y falta de afecto a pesar de su negación...y su relación consigo misma se ha descrito como un tránsito entre las ideas suicidas, sus crisis de ansiedad y depresión, la relación intermitente con su fe y la percepción de soledad y falta a causa de una familia que se percibió desde el principio como rota.”.

La compulsión a la repetición ha regido de alguna forma las elecciones que se han convertido en un patrón por la similitud en las características personales; la paciente entonces ama en el objeto el rasgo que recuerda, el que ha perdido y el que le hace falta.

11. ANÁLISIS DEL CASO:

Tomando como punto de partida, la relación fallida de la paciente con la madre, podemos observar como la construcción de factores determinantes en el carácter, las elecciones y la femineidad han marcado el camino en la forma de aceptarse, relacionarse y concebirse bajo los diferentes contextos en los que se desenvuelve y las características personales que posee.

El efecto de esta relación primaria percibida como nula o dañina ha afectado la forma en la que con el pasar de los años ella se ha construido, la falta de una figura con la cual identificarse y de la cual aprender ha hecho que se perciba como una niña en búsqueda de amor y aceptación, una niña que no ha construido a la mujer adulta porque no ha tenido de donde inspirarse y de quien aprender.

Estos intentos hechos por la madre se asumen como condenación y castigo por cuenta de la iglesia católica como mecanismo de corrección y enseñanza, los acercamientos manifestados como juicios morales se asumen como juzgamiento, poco deseo de escucha, acercamiento, contención y amor.

Entre estos acercamientos que erosionan en conflictos por la diferencia en el lenguaje entre madre e hija se asumen como ataques superyoicos que han distanciado por años la relación que sería la encargada de poner bases firmes en la construcción del ser mujer, ataques que alrededor de los años de vida de la paciente han dejado sensación de fracaso, vacío, frustración y decepción y que de forma peyorativa ha alimentado la depresión alrededor de las relaciones que, en vez de aportar, dañan.

Del lado del padre el terreno tampoco es fértil, no se logra vislumbrar la mirada paterna que ubica en un buen lugar a su hija en relación a su misma y a su posibilidad con los hombres.

La privación temprana de la pareja parental y la identificación al conflicto de la misma hará huella en lo inconsciente, huella de una carencia que buscará por medio de la repetición una respuesta a la demanda de amor.

Los intentos de reparación aparecen en la historia en la figura de los abuelos, en el cobijo espiritual de la Virgen María, en la iglesia como un espacio de construcción de un lugar, pero no logra reparar los objetos introyectados y dañados en lo inconsciente.

La adolescencia y la juventud se presenta con los caminos hacia la elección de objeto, la paciente desde lo inconsciente hace un apuntalamiento hacia formas de relación de pareja donde prevalece compulsión a la repetición, se repite el conflicto de la pareja parental, el desencuentro que propicia la agresión y el dolor. Al repetir la paciente hace un intento de sanar lo que no se ha elaborado de las carencias primarias, una demanda de amor no resuelta que ahora se deposita en la pareja, esto conlleva a la dificultad de deshacer una relación de pareja que se puede nombrar como patológica.

Los ataques Superyoicos surgen como respuesta al juzgamiento de mantenerse en una relación que genera dolor y luego cuando se acepta la realidad del fracaso de la relación como el señalamiento sobre el fracaso en la elección de pareja.

El camino de la autoagresión expresada en fantasías suicidas nos muestra el destino pulsional que toma forma en cuadro de Depresión en el que la paciente ha quedado atrapada entre las exigencias inconscientes no resueltas, la repetición de lo elaborado y el dolor de una pérdida que no cesa de escribirse.

12. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El análisis del presente caso muestra una actualización del descubrimiento Freudiano de lo inconsciente, y del valor que tiene la teoría de las relaciones objétales en la explicación de un caso clínico.

Partiendo del origen de este caso de estudio, podemos referir que se realizó con una paciente de 24 años de edad que de forma voluntaria y sin intermediarios decide iniciar proceso terapéutico por psicología; se puede mencionar compromiso de su parte que repercutió en su forma de responder ante sus comportamientos y respuestas, por ende, en su evolución.

En tanto asiste desde una pregunta subjetiva, un qué sucede con las parejas que eligen la paciente se ubica en el campo de las neurosis, la neurosis expresa en su sintomatología la repetición de lo no elaborado, lo no resuelto que insiste hacer presencia

En cuanto a la primera cita y producto de esta, en la valoración inicial se pudo observar la presencia de rasgos depresivos marcados con señales de ideación suicida, irritabilidad e impulsividad. Desde una lectura Psicoanalítica ya se nos muestra la presencia de un conflicto psíquico donde el Superyo nos muestra desde su dureza, la presencia de un destino pulsional, la vuelta sobre su mismo.

La forma como se presentan las formas de relación de pareja se realiza desde las carencias de los objetos primarios, y se expresa en relaciones caracterizadas por el dolor del desencuentro, esta repetición nos coloca en primer plano la propuesta Freudiana de la compulsión a la repetición y las características de los objetos elegidos y la forma de relación construida, es una muestra clara del valor que tiene la teoría de las relaciones de objeto para el estudio de un caso en el con esto contemporáneo.

Desde los resultados del proceso terapéutico se puede afirmar que se lograron avances notorios en el proceso terapéutico bajo el modelo psicodinámico y con 1 año bajo sesiones. Hay algo de terapéutico en poner las cosas en palabras, narrarlas, desenterrarlas y darle vida al punto de revisarlas y darles un sentido. Las personas suelen perderse fácilmente en las tristezas, las dificultades y la adaptación que implica el vivir, pero el estar enfermo desde la propia experiencia da un conocimiento más exacto del propio ser (Szczeklik, 2010).

13. BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, E. W. (2019). *Depresión, primera causa de discapacidad en mujeres*. México: El Asegurador.

Dajas, F. (2002). Editorial. Revista de psiquiatría del Uruguay. Vol. 66 no. 1. Junio.

Fédida, P. (1978). *L'absense*, Gallimard, París.

Freud, S. (1916). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En S. Freud: Obras completas (parte III, volumen 16). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía, *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*, Obras completas, Tomo IV, Ed. RBA, Barcelona.

García-A, J. (2015). Catarsis: el proceso de liberación emocional. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/catarsis-liberacion-emocional>.

Hornstein, L., (2006), Las depresiones: Afectos y humores del vivir, Paidós, Buenos Aires.

Jaramillo, A. (2004), La elección de objeto y el goce de los padres. Recuperado de <http://antares.udea.edu.co/-psicoan/affectio7.html>.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.

Mankell, H. (2008) Moriré, pero mi memoria sobrevivirá. Una reflexión personal sobre el sida. Barcelona: Tusquets.

Morales, F. C. (2018). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev Cubana Salud Pública.

Roudinesco, E y Plon, M. (2008). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. 2n ed - Paidós, Buenos Aires.

Sacks, O. (2015). En movimiento. Una vida. Barcelona: Anagrama.

Stanley W. Jackson, Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos Hipocráticos a la Época Moderna, Madrid, Turner, 1989 ISBN 84-7506-257-1.

Tyson, P. (2000). Teoría psicoanalítica del desarrollo: Una integración. Lima: Publicaciones psicoanalíticas.

Szczeklik, A. (2010). Catarsis. Sobre el poder curativo de la naturaleza y el arte. Barcelona: Acantilado.

Valls, J (1998). Diccionario Freudiano de Psicoanálisis. (Revisado ed., Vol. 1). Librería Mayo.

Vergote, A. (1976). “Névrose depressive”, en Topique, n.º 17, pp. 97-126.

14. ANEXOS

Unos apuntes finales sobre la dirección de la cura

Un plan que convierta ese deseo en una meta: la meta es estar bien bajo las manos de uno mismo, bajo la potenciación de las herramientas que ya están ahí: la fuerza, la dedicación, el compromiso y la voluntad.

Sabiendo que el paciente es alguien que sufre, hay que reconocer que en el proceso terapéutico y de autoayuda, es adecuado ubicarse desde el afuera del propio cuerpo y descomponer la enfermedad en cada una de sus partes para lograr entenderla y analizarla bajo la luz de la verdad que amerita, recomponerlas y agruparlas nuevamente como un todo (Sacks, 2015).

Conocer la enfermedad es conocerse a sí mismo, es retransitar por el camino de la historia personal que permite entender el dónde, el cuando, el cómo y el por qué; al conocerse, se entiende desde una perspectiva más amplia y global lo que ha llevado a ciertas respuestas, reacciones y decisiones, que ha forjado cada movimiento y que ha impulsado cada reacción.

Desde el Yo, el entendimiento del cuerpo, la manifestación de la enfermedad y el ver cara a cara los síntomas y el dolor, la persona se puede permitir un nuevo comienzo consigo mismo que implique una relación más pacífica al hacer las pases con todos aquellos recursos personales que subsisten producto de años de vida, experiencias del día a día y el roce continuo con la cotidianidad.

El relato permite que se eliminen los temores y la censura al exponer todo aquello que se ha registrado como doloroso, prohibido o malo, hay sanidad cuando se logra conectar con las emociones porque es más fácil darle salida para eliminar todo lo que carga y genera un peso que

hace más complicado el vivir una vida equilibrada porque cuando hay elaboración, hay reconstrucción.

A lo largo de la duración de la experiencia con “Anna” se pueden resaltar algunos avances significativos tales como:

- El reconocimiento de las falencias a nivel de autoconcepto y autoimagen
- El distanciamiento de comportamientos erráticos tales como los golpes y palabras emotivas que la llevaban a sentir culpa y remordimientos.
- La maduración que le ha permitido evolucionar y tomar el control de su vida, renunciando así al rol constante de pasividad.
- El rompimiento y lejanía de personas que le propiciaban maltrato y con quien tenía vínculos de dependencia, se ha propiciado la autonomía y la libertad.
- La motivación para saber la ruta a seguir al momento de enfrentarse a una crisis, teniendo como base el control y la autocomprensión como mecanismos principales.
- El perdón como estrategia de liberación personal.
- Reconocimiento que los comportamientos permisivos y de sumisión eran mecanismos psíquicos que se asumieron como una manera de lograr la permanencia de las figuras masculinas que se desempeñaron como parejas.
- Entendimiento de los patrones adaptados por su contexto familiar y de cómo la compulsión a la repetición ha regido varias de sus elecciones y experiencias de vida.

Siendo expuesto lo anterior, podemos afirmar que se puede ser libre a través de la palabra, ya se encuentra un alivio que es una de las sensaciones más fuertes que una persona puede

experimentar (Mankell, 2008). Una sensación que genera paz al ser liberada una carga que generaba tensión, ansiedad o incertidumbre.

Se comprueba con este estudio, la ayuda significativa que brinda la palabra, la potenciación y la catarsis en la psicoterapia y el potencial que se puede expandir en un paciente que abre los ojos ante su realidad bajo el acompañamiento y la escucha que fueron las estructuras preponderantes en este abordaje terapéutico.

Ahondar en lo profundo de la mente y darle nombre, forma y palabras a contenidos reprimidos da luz sobre el camino que se puede ver ensombrecido por circunstancias que se permiten o que son producto del medio en el que se está.

Entonces y en conclusión, la influencia que genera la catarsis y la potenciación de los recursos personales son efectivas, eficientes y adecuadas para el correcto tratamiento y evolución de un paciente que acude en búsqueda de ayuda pero que tiene de antemano todas las respuestas.